

**Comuni di Faenza, Brisighella, Casola Valsenio,  
Castel Bolognese, Riolo Terme, Solarolo**

*Sede: Comune di Faenza via Degli Insorti, n.2 - 48018 Faenza*



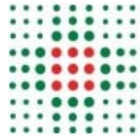
**PIANO DI ZONA DISTRETTUALE  
PER LA SALUTE ED IL  
BENESSERE SOCIALE 2009-2011  
PROGRAMMA ATTUATIVO 2009  
PROGRAMMI PROVINCIALI  
IMMIGRATI E MINORI 2009**





Comuni di Faenza, Brisighella, Casola Valsenio, Castel Bolognese, Riolo Terme, Solarolo

*Sede: Comune di Faenza via Degli Insorti, n.2 - 48018 Faenza*



Azienda Unità Sanitaria Locale  
Ravenna

Distretto di Faenza

# PIANO DI ZONA DISTRETTUALE PER LA SALUTE E IL BENESSERE SOCIALE 2009-2011 E PROGRAMMA ATTUATIVO ANNUALE 2009



**ALLEGATO A:**

## **PIANO DI ZONA DISTRETTUALE PER LA SALUTE E IL BENESSERE SOCIALE 2009-2011**





## **PIANO DI ZONA DISTRETTUALE PER LA SALUTE E IL BENESSERE SOCIALE 2009-2011 DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO DI FAENZA**

*Nell'Atto di Indirizzo e Coordinamento della CTSS approvato il 30 settembre 2008, si sostiene in merito al Piano di Zona per la salute ed il benessere sociale 2009-2011: "Il modo per garantire valore aggiunto è quello di sviluppare processi di pianificazione in modo omogeneo e coerente; implementare in modo coordinato le azioni in fase operativa condividendo gli obiettivi, valutando insieme gli esiti."*

All'interno dei precedenti Piani di Zona 2005-2007 e del Piano attuativo 2008 hanno trovato un particolare rilievo gli aspetti strutturali e di distribuzione territoriale dei servizi.

Ciò trovava giustificazione nella necessità da un lato, di ripensare le caratteristiche e le modalità organizzative caratterizzanti la struttura dell'offerta, dall'altro, di avviare un percorso di messa in rete tra i diversi soggetti e gli attori del Distretto di Faenza.

Oggi che siamo chiamati a nuove sfide e ad una diversa impostazione nelle relazioni tra soggetti, l'enfasi va spostata sul modo in cui si produce l'assistenza, ovvero il percorso di creazione di un sistema che faccia dell'integrazione la propria cifra concettuale, il che viene tradotto nella formula dell'adattamento da parte della funzionalità e dal grado di apertura di un dato sistema, nei confronti delle sue componenti fisiche, i cui contorni, peraltro, sono inseriti in un percorso in via di aggiornamento e definizione permanente.

I Comuni, in sempre maggiore sinergia con l'Azienda USL del Distretto di Faenza dovranno dunque trasformare l'impegno degli ultimi anni, teso a garantire uno sviluppo equo e sostenibile del sistema dei servizi, attraverso il processo di integrazione e qualificazione della struttura dell'offerta, verso il passo successivo che richiama una logica di interdisciplinarietà, integrazione e sviluppo delle diverse ma non per questo isolate competenze professionali.

Si apre quindi una impegnativa fase di pianificazione di ordine strategico che coinvolge prioritariamente i Comuni e l'Azienda Ausl, ma non meno tutte quelle componenti del tessuto sociale che possono concorrere alla qualificazione e concretizzazione del concetto di "salute e benessere sociale", che discendono dal nuovo Piano Sociale e Sanitario 2008-2011 della Regione Emilia Romagna e dall'Atto di Indirizzo e Coordinamento 2009-2011 della Provincia di Ravenna.



Viene doveroso, a questo proposito, ricordare la figura del Direttore del Distretto sanitario di Faenza, la Dottoressa Vanna Vanni, che è venuta a mancare il 20 dicembre 2008. Già colpita dalla malattia, aveva comunque fatto valere la sua presenza, anche partecipando di persona, alle diverse occasioni di confronto, ultima delle quali la Conferenza zonale di avvio del Piano di Zona, il 3 ottobre 2008. Anche in quella occasione non aveva mancato di sottolineare la valenza primaria data ai temi, strettamente connessi, della prevenzione, della promozione della salute e dell'integrazione socio-sanitaria quali elementi centrali per ogni azione rivolta al benessere della persona e finalizzata al soddisfacimento dei bisogni sociali e sanitari dei cittadini e delle famiglie, oltre che di qualificazione dell'offerta di servizi e prestazioni. Il vuoto che ha lasciato pesa ancor più in considerazione della passione e della sensibilità costantemente posti al servizio delle persone, oltre che della competenza e del rigore professionale che ne ha sempre contraddistinto le scelte.

Le *parole-chiave* che hanno guidato il lavoro di predisposizione del Piano sono:

- Integrazione interistituzionale (sociale, sanitaria e socio-sanitaria e con le altre politiche per la salute e il benessere sociale);
- Le azioni volte alla prevenzione e promozione della salute intesa come processo che permette agli individui e alla comunità di accrescere il controllo sugli elementi determinanti gli "stili di vita", accrescendone l' empowerment.
- L'innovazione nell'organizzazione dei servizi;
- Le strategie prioritarie per il welfare locale;
- responsabilità (come rispondiamo al cittadino: accoglienza, tempestività delle risposte, globalità della presa in carico, rispetto della persona, umanizzazione dei rapporti)
- efficienza, economicità e sostenibilità

Il nuovo piano di zona per la salute e il benessere sociale è stato predisposto avendo cura di rispettare le direttive Regionali in materia e di garantire la più diffusa partecipazione dei diversi protagonisti e delle istanze sociali anche attraverso gli organi e organismi di cui i Comuni della Zona sociale di Faenza si avvalgono nell'ambito dell'ordinaria attività di gestione e governo, tra i quali, il Comitato di Distretto, l'Ufficio di Piano.

Si garantirà anche, lungo tutto il percorso, inerente il monitoraggio e la valutazione sia in itinere che ex-post, la partecipazione attiva a tutte le istanze sociali e produttive e no profit rappresentative delle diverse forze sociali locali.

Il piano di zona per la salute e il benessere sociale 2009-2011 viene approvato dal Consiglio Comunale del Comune di Faenza (capozona) nella seduta del 26/02/2008



## INDICE

<b>Parte I - Gli attori e il percorso di costruzione del Piano</b>	<b>Pag. 9</b>
Premessa: Le sfide al sistema: l'evoluzione dei Piani di Zona e la pianificazione territoriale	Pag. 9
Percorso metodologico, ruoli e competenze (conduzione, metodologia, percorso)	Pag. 10
Documento finale e piano di comunicazione	Pag. 15
<b>Parte II : I bisogni della popolazione emergenti dal Profilo di comunità e il confronto con servizi e risorse disponibili</b>	<b>Pag. 15</b>
a) Brevi cenni di demografia sociale	Pag. 15
b) La rete dei servizi nella Zona sociale di Faenza	Pag. 22
c) L'integrazione delle politiche - Una politica per la casa: il futuro della città	Pag. 56
Relazione alle azioni prioritarie da realizzare in relazione alle direttive regionali e a quanto contenuto nell'atto di indirizzo e coordinamento della CTSS di Ravenna.	Pag. 65
<b>Tabella 1 triennale: OBIETTIVI PRIORITARI per specifici target e per finalità generali, nonché per l'integrazione gestionale e professionale.</b> <b>Comprende:</b> Parte III : Gli obiettivi strategici e le priorità di intervento del Piano in ambito sociale, socio-sanitario, e dei servizi sanitari territoriali, definiti anche alla luce del Piano regionale della prevenzione Parte IV : Linee d'intervento che attuano l'integrazione delle politiche (ambiente, casa, mobilità, inserimento lavorativo, scuola e servizi educativi, sicurezza e coesione sociale). Raccordo con altri strumenti di programmazione locali (Piani strutturali comunali, Piani del	<b>Pag. 78</b>

traffico, ecc.) <b>Parte V : Strumenti tecnico-organizzativi e azioni per l'integrazione gestionale e professionale e la continuità assistenziale</b> <i>(es: 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>	
POLITICHE A SOSTEGNO DELLE RESPONSABILITA' FAMILIARI	<b>Pag. 78</b>
SOSTEGNO ALLA GENITORIALITA', ALL'INFANZIA E ALL'ADOLESCENZA	<b>Pag. 81</b>
POLITICHE A FAVORE DEGLI ADOLESCENTI, DEI GIOVANI E DI CONTRASTO ALLE DIPENDENZE	<b>Pag. 84</b>
POLITICHE A CONTRASTO ALLA POVERTA' ED ESCLUSIONE SOCIALE	<b>Pag. 88</b>
A FAVORE DELLA POPOLAZIONE ANZIANA E DISABILE	<b>Pag. 91</b>
POLITICHE PER L'INTEGRAZIONE SOCIOSANIATRIA NELL'AMBITO DELLA SALUTE MENTALE	<b>Pag. 95</b>
P.A.L.: IL SISTEMA DEI SERVIZI SANITARI NELLO SVILUPPO DELL'INTEGRAZIONE CON IL SISTEMA SOCIO-SANITARIO E SOCIALE E CON LE ALTRE POLITICHE PER LA SALUTE E IL BENESSERE SOCIALE	<b>Pag. 97</b>
APPLICAZIONE DELLE LINEE DI INDIRIZZO PER LA TUTELA SOCIALE DELLA MATERNITÀ E SULL'INTERRUZIONE VOLONTARIA DELLA GRAVIDANZA	<b>Pag. 99</b>
CONSOLIDAMENTO E IMPLEMENTAZIONE DEL NUOVO UFFICIO DI PIANO	<b>Pag. 102</b>
RIFERIMENTI TABELLA 2 DELL'ATTO DI INDIRIZZO DELLA CTSS	<b>Pag. 104</b>
<b>Parte VI : Monitoraggio e valutazione</b> (sistemi di indicatori distrettuali, riferimenti regionali)	<b>Pag. 132</b>
<b>Parte VII : Orientamenti per la programmazione finanziaria triennale relativa agli interventi sociali, sociosanitari e sanitari territoriali</b>	<b>Pag. 133</b>



## I piani di zona come strumento di programmazione e pianificazione

---



### **Parte I - Gli attori e il percorso di costruzione del Piano**

**Premessa: Le sfide al sistema: l'evoluzione dei Piani di Zona e la pianificazione territoriale**  
**Percorso metodologico, ruoli e competenze (conduzione, metodologia, percorso)**  
**Documento finale e piano di comunicazione**

#### **Premessa**

Con l'approvazione del Piano Sociale e Sanitario per il periodo 2008 – 2010 si è realizzata una ridefinizione degli strumenti di programmazione sociosanitaria, già anticipata in una certa misura nelle linee di indirizzo che avevano preceduto la programmazione attuativa per l'anno 2008, nonché in quelle relative al ruolo e alle funzioni del Nuovo Ufficio di Piano, anche al fine della gestione delle risorse del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza ( di seguito FRNA).

In particolare lo strumento di pianificazione sociosanitaria a valenza triennale viene definito ora PIANO DI ZONA DISTRETTUALE PER LA SALUTE ED IL BENESSERE SOCIALE, che sostituisce il Piano Sociale di Zona e che viene elaborato in raccordo con i contenuti e le finalità dell'Atto triennale della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (di seguito indicata come CTSS) corredato dal Profilo di Comunità, in cui è stata effettuata una prima analisi dei bisogni della popolazione del territorio a livello provinciale.

La lettura dei bisogni emergenti all'interno della zona sociale, formata dai sei Comuni che compongono il distretto sanitario, è poi avvenuta in modo più dettagliato all'interno dei tavoli e dei gruppi di lavoro tematici istituiti dopo la conferenza zonale di avvio della programmazione sociosanitaria di zona avvenuta il 04.10.2008.

Nel Piano di zona per la salute e il benessere sociale sono state individuate, in coerenza con l'Atto triennale della CTSS, le priorità strategiche di salute e benessere sociale nelle diverse aree d'intervento: sociale, socio-sanitaria, compresa l'area della non autosufficienza, nonché la programmazione delle risorse finanziarie relative agli interventi sociali, socio-sanitari e in modo particolarmente puntuale per quanto riguarda la programmazione attuativa annuale prevista per l'anno 2009.

La parola che più di ogni altra caratterizza questo momento di programmazione è il termine “**integrazione**”, non solo tra politiche sociali e sanitarie, ma anche con tutti gli altri settori di intervento, quali l’urbanistica, la promozione della cultura e la sicurezza del territorio, che concorrono a produrre salute e benessere.

## **Percorso metodologico, ruoli e competenze**

La predisposizione del PIANO DI ZONA PER LA SALUTE E IL BENESSERE SOCIALE ha seguito gli orientamenti della CTSS di Ravenna contenuti nell’Atto di Indirizzo e Coordinamento per il triennio 2009-2011 e il Piano Sociale e Sanitario 2008-20011 della Regione Emilia Romagna.

### **Conduzione**

Il Piano di zona per la salute e il benessere sociale 2009-2011 è stato redatto da un **gruppo di coordinamento tecnico** composto da:

<b>Gruppo di coordinamento</b>	<b>Email</b>	<b>Telefono</b>
Pierangelo Unibosi	<a href="mailto:pierangelo.unibosi@comune.faenza.ra.it">pierangelo.unibosi@comune.faenza.ra.it</a>	Cell. 3397232009
Carla Gaddoni	<a href="mailto:carla.gaddoni@comune.faenza.ra.it">carla.gaddoni@comune.faenza.ra.it</a>	Tel. 0546-691811
Marisa Soglia	<a href="mailto:marisa.soglia@comune.faenza.ra.it">marisa.soglia@comune.faenza.ra.it</a>	Cell. 3292107573
Antonio Ricchi	<a href="mailto:antonio.ricchi@comune.faenza.ra.it">antonio.ricchi@comune.faenza.ra.it</a>	Cell. 3204309517

Il gruppo di coordinamento ha predisposto i contenuti unitari, definito un percorso e gli strumenti utili alla sua realizzazione. In un secondo tempo ha coinvolto i soggetti appartenenti a tutte le aree professionali e a tutti i livelli assistenziali e generali di servizio e i vari portatori di interessi, nonché i gruppi professionali e le imprese inserite nel sistema dei servizi sociali locale.

### **Metodologia**

E’ stata privilegiata la metodologia del lavoro di gruppo su stimoli (documenti, argomenti tematici...) preparati dai coordinatori dei gruppi. Il lavoro dei gruppi si è avvalso di diverse tecniche di conduzione (brainstorming, valutazioni sulle esperienze in atto, *focus group*, analisi di casi, riferimenti a letteratura e “buone pratiche”, ecc.) a seconda dei temi e delle fasi.

Inizialmente, per dare avvio ai lavori sono state predisposte diverse presentazioni in power point, tendenti ad inquadrare l'argomento in particolare rispetto al contesto operativo ed alle direttive Regionali e dell'Atto di indirizzo della CTSS.

Il coinvolgimento degli operatori, organizzati in gruppi di lavoro, ha riguardato i diversi elementi riportati in appositi verbali dai quali sono emerse valutazioni, proposte specifiche ed indicazioni di massima.

### **Percorso**

Il percorso di lavoro per la redazione del piano di zona per la salute e il benessere sociale si è orientato seguendo queste **fasi**:

1. Costituzione del "gruppo di coordinamento tecnico" e definizione del mandato da parte del Comitato di Distretto;
2. predisposizione di materiali di lavoro e l'indicazione del percorso e del metodo, validato in sede di Comitato di Distretto;
3. presentazione al personale coinvolto, sia dei Comuni che dell'Azienda USL, individuazione dei ruoli e delle modalità operative;
4. Avvio Tramite la Conferenza zonale di Piano il 3 ottobre 2008; sono stati spediti 412 inviti scritti;
5. Partecipazione alle presentazioni pubbliche alle diverse iniziative sul territorio;
6. Costituzione dei gruppi di lavoro e avvio redazione del PDZ;
7. Avvio della redazione attraverso primi confronti tra i membri del gruppo di coordinamento tecnico e successivamente nell'ambito dei gruppi;
8. Discussione ed elaborazione dei contenuti emersi dal lavoro dei gruppi; elaborazione del materiale sulla base delle schede e delle direttive regionali; utilizzo della posta elettronica e messa a disposizione del materiale sul sito del Comune per lo scambio delle informazioni, l'aggiornamento dei dati e la predisposizione delle schede di progetto;
9. Confronti con organi e organismi interni ed esterni anche tramite l'uso della posta elettronica e del materiale a schede regionale;
10. Redazione delle diverse fasi del documento;
11. Primi confronti con Comitato di Distretto e i soggetti sociali di riferimento del Comitato stesso e della Zona sociale di Faenza;
12. approvazione del documento definitivo da parte dei Consigli Comunali dei diversi Comuni del Distretto di Faenza;

<b>AMMINISTRATORE REFERENTE</b>	➤ <b>Elio Ferri</b> , Assessore ai Servizi Sociali del Comune di Faenza
<b>RESPONSABILE DEL PIANO DI ZONA</b>	➤ <b>Pierangelo Unibosi</b> , Dirigente Servizi Sociali Associati dei Comuni del Distretto faentino

<b>STRUMENTI DI PROGRAMMAZIONE, GOVERNO E VERIFICA DEI PIANI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Comitato di Distretto</b> per il Coordinamento politico di ambito distrettuale del piano di zona (Sindaci dei Comuni, Direttore Distretto AUSL) (22/09 – 05/11-17/11-24/11 - 15/12 – 07/01/2009 - 23/01/2009)</li> <li>➤ <b>Ufficio di piano</b> compiti di attività istruttoria tecnica e supporto decisionale al processo di programmazione (Responsabile Piano di zona, Coordinatori tecnici Piano di zona, responsabili dei Servizi alla persona dei Comuni, allargato ai responsabili dei servizi dell'AUSL)</li> <li>➤ <b>Incontri coordinamento tecnico</b> per la definizione dei gruppi di lavoro, dei contenuti da affrontare, dei soggetti da invitare ai tavoli tematici, raccolta ed elaborazione dei progetti, reportistica ecc.;</li> </ul>
--	--

<b>PROCESSO DI COSTRUZIONE PIANI DI ZONA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Comunicazione</b> al Seminario del 20/09/2008 su: “Stranieri e cittadini” in occasione della Festa delle Associazioni 2008;</li> <li>➤ <b>Audizione Assembleare</b> con la Consulta Faentina delle Associazioni di Volontariato, di presentazione dell'Atto di indirizzo ai soggetti del Terzo Settore (23/09/2008)</li> <li>➤ <b>Consiglio Comunale di presa d'atto dell'Atto di Indirizzo</b> (26/09/2008) rivolta alle Istituzioni, agli operatori del sociale nel territorio.</li> <li>➤ <b>Giornata formativa</b> (30/09/2008) rivolta agli operatori dei servizi dei Comuni e dell'AUSL finalizzata all'impostazione delle attività relative alla redazione del Piano;</li> <li>➤ <b>Relazione informativa</b> alla Tavola rotonda sulla Legge Regionale n. 14/2008 sulle giovani generazioni (04/10/2008);</li> <li>➤ <b>Conferenza zonale di piano</b> (03/10/2008) incontro con oltre 100 rappresentanti di istituzioni pubbliche, organizzazioni sindacali e di categoria, forze sociali, Terzo settore ecc. Raccolta adesione a gruppi di lavoro, aperti alle istituzioni e al Terzo settore, che sono stati avviati da ottobre 2008</li> <li>➤ <b>SOGGETTI INVITATI ALL'APERTURA DEL TAVOLO:</b> Sono stati spediti n. 412 inviti a: Comuni, AUSL, Scuole, ASP, Istituzioni pubbliche, Terzo settore, Diocesi, Oratori, Cooperazione Sociale, Case di Riposo Private, Associazionismo, Associazioni di volontariato, Organizzazioni Sindacali ed imprenditoriali, Professionisti, singoli cittadini.</li> <li>➤ <b>Percorso di coinvolgimento con le ASP – Coordinamento tecnico</b> (06/10 -</li> <li>➤ <b>Partecipazione al percorso formativo regionale</b> (21/10-20/11-___)</li> <li>➤ <b>Incontri di coordinamento interdistrettuale</b> con le Zone sociali di Ravenna e Lugo e con l'Ufficio di supporto della CTSS di Ravenna;</li> </ul>
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Incontri dei gruppi tecnici nei Tavoli tematici</b> suddivisi per aree;</li> <li>➤ <b>INCONTRI TERRITORIALI</b> Tramite Consigli Comunali aperti con i diversi attori territoriali e le istituzioni pubbliche nei diversi Comuni della Zona: <b>Castel Bolognese</b> il 01/12/2008</li> <li>➤ <b>Ritorno al Comitato di Distretto</b> per la definizione degli indirizzi generali triennali (17/11/2008 – 24/11 - 15/12 – 07/01/2009 – 23/01)</li> <li>➤ <b>Incontri con le Organizzazioni sindacali</b> fase di concertazione (06/09/2008 – 01/10 – 30/01/2009 – 11/02 - )</li> <li>➤ <b>DEFINIZIONE DEL PROGRAMMA ATTUATIVO ANNUALE E STESURA DEL PIANO DI ZONA DISTRETTUALE PER LA SALUTE E IL BENESSERE SOCIALE</b> e trasmissione dei documenti agli organi politici per i conseguenti passaggi istituzionali;</li> <li>➤ <b>Sottoscrizione Accordo di programma e protocolli di adesione</b></li> <li>➤ <b>RESTITUZIONE LAVORO SVOLTO ALLA CONFERENZA ZONALE</b> con istituzioni pubbliche, organizzazioni sindacali, terzo settore ecc. del Distretto (Marzo/Aprile 2009)</li> <li>➤ <b>Programma di monitoraggio e valutazione in itinere (scadenze fisse periodiche);</b></li> <li>➤ <b>Valutazione ex post (scadenze fisse periodiche);</b></li> </ul>
--	--

<b>COORDINATORI TECNICI PIANO DI ZONA ed aree di intervento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Coordinatori tavoli tematici:</b></li> <li>1) <b>Gaddoni Carla</b> (area Responsabilità familiari, capacità genitoriali e diritti dei minori) in raccordo con 2);</li> <li>2) <b>Dott. Ricchi Antonio</b> (area Politiche a favore degli adolescenti e dei giovani) in raccordo con 1);</li> <li>3) <b>Dott. Unibosi Pierangelo</b> (area Fragilità, povertà ed esclusione sociale);</li> <li>4) <b>A.S. Soglia Marisa</b> (area Anziani, non autosufficienza e disabilità);</li> </ul>
---	---

<b>Incontri dei gruppi tecnici nei Tavoli tematici</b> suddivisi per aree (tutti i tavoli hanno ritenuto di mantenere aperto il confronto in modo permanente)
<b>1) RESPONSABILITA' FAMILIARI, GENITORIALI E DIRITTI DEI MINORI (08/10, 15/10, 22/10,</b> <b>COORDINATORE POLITICO: VILMA LAMA (Assessore ai Servizi sociali del Comune di Riolo Terme)</b>
<b>Sottogruppo PIENA APPLICAZIONE DELLA LEGGE 194 (03/11- 24/11- 01/12 – 26/01 –</b> <b>Coordinatore tecnico: Domenica Dal Pane</b>

<b>2) POLITICHE A FAVORE DEGLI ADOLESCENTI E DEI GIOVANI (07/10, 14/10, 22/10. COORDINATORE POLITICO: BACCHI MORENA (Assessore ai Servizi sociali del Comune di Solarolo)</b>
<b>3) FRAGILITA', POVERTA' ED ESCLUSIONE SOCIALE (09/10, 16/10, 23/10, 30/10 COORDINATORE POLITICO: GIACOMETTI GIACOMO (Assessore ai Servizi sociali del Comune di Casola Valsenio)</b>
<b>4) ANZIANI, NON AUTOSUFFICIENZA E DISABILITA' (09/10, 16/10, 30/10 COORDINATORE POLITICO: SPORTELLI DOMENICO (Assessore ai Servizi sociali del Comune di Castel Bolognese)</b>
<b>Sottogruppo INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA E POLITICHE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA NEL SETTORE DELLA SALUTE MENTALE (12/11 – 26/11 – Coordinatore tecnico: Pierangelo Unibosi</b>

**Report di partecipazione ai tavoli di lavoro**

<b>TAVOLI</b>	<b>PARTECIPANTI</b>	<b>PRESENZE</b>	<b>DI CUI DI COMUNI</b>	<b>DI CUI DI AUSL</b>	<b>DI CUI ASSOCIAZIONI</b>	<b>DI CUI COOPERATIVE</b>	<b>DI CUI ASP /SCUOLE /SIIL</b>	<b>ALTRI</b>
<b>RESPONSABILITA' FAMILIARI – INFANZIA E ADOLESCENZA</b>	54	76*	16	12	<b>9 ASSOCIAZIONI</b> 12 partecipanti	<b>5 COOPERATIVE</b> 10 partecipanti	4 partecipanti	
<b>ADOLESCENTI – GIOVANI – DIPENDENZE</b>	53	82*	14	11	<b>12 ASSOCIAZIONI</b> 14 partecipanti	<b>6 COOPERATIVE</b> 11 partecipanti	3 partecipanti	
<b>DISABILI – IMMIGRATI STRANIERI – POVERTA'</b>	25	47	7	5	<b>6 ASSOCIAZIONI</b> 6 partecipanti	3 COOPERATIVE 4 partecipanti	3	
<b>ANZIANI - DISABILI</b>	44	95	11	8	<b>5 ASSOCIAZIONI</b> 7 partecipanti	<b>7 COOPERATIVE</b> 11 partecipanti	7 partecipanti	
<b>PIENA ATTUAZIONE LEGGE 194</b>	19	48	3	3	<b>6 ASSOCIAZIONI</b> 11 partecipanti			1
<b>SALUTE MENTALE</b>	9	15	4	5				
<b>TOTALI</b>	<b>203</b>	<b>363</b>	<b>55</b>	<b>44</b>	<b>50</b>	<b>36</b>	<b>17</b>	<b>1</b>

\*NOTA: L'incontro del 22/10 è stato effettuato congiuntamente tra i due tavoli ed i partecipanti sono stati suddivisi tra essi

## **Documento finale e piano di comunicazione**

Un “piano di comunicazione” dei risultati del lavoro verrà esposto al termine del percorso di approvazione (verso aprile/maggio 2009).

Saranno previste occasioni di confronto collegiali per il “lancio” del lavoro di ritorno, in particolare con i tavoli di lavoro.

Così pure devono essere previste occasioni di confronto con la committenza politica (Comitato di Distretto) e con i soggetti “portatori di interessi” pubblici e privati compresi nella Zona sociale.

Nelle fasi finali dovranno essere programmati incontri seminariali per illustrare il lavoro dei gruppi e del gruppo di coordinamento che ha curato la redazione finale.

La scelta, infine degli strumenti di diffusione cartacei e elettronici deve prevedere un esame degli obiettivi comunicativi in funzione della partecipazione al percorso anche successivo da parte di tutti gli attori.

Il materiale, eventualmente comprensivo di un apparato di allegati saranno resi disponibili su web, qualora necessari, utili per documentare il lavoro dei gruppi o eventuali analisi che compendiano i contenuti riportati in sintesi.



## **Piano di Zona per la salute e il benessere sociale 2009-2011**

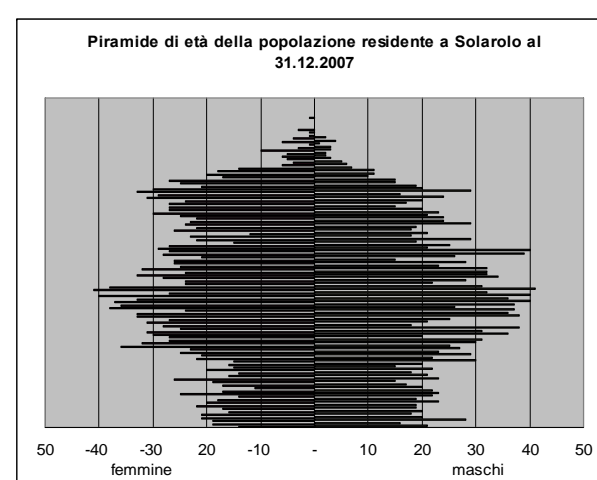
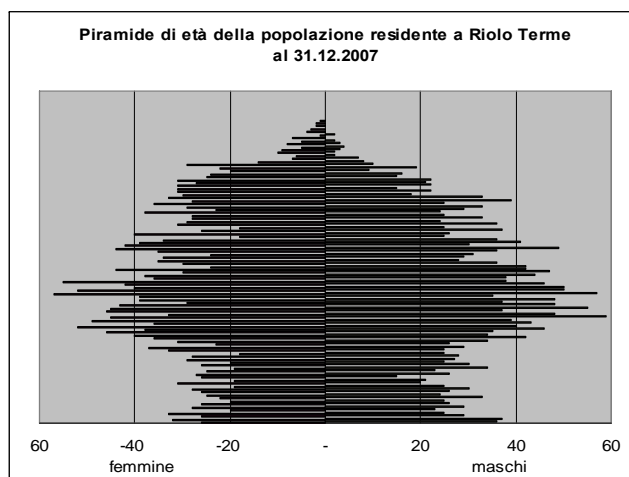
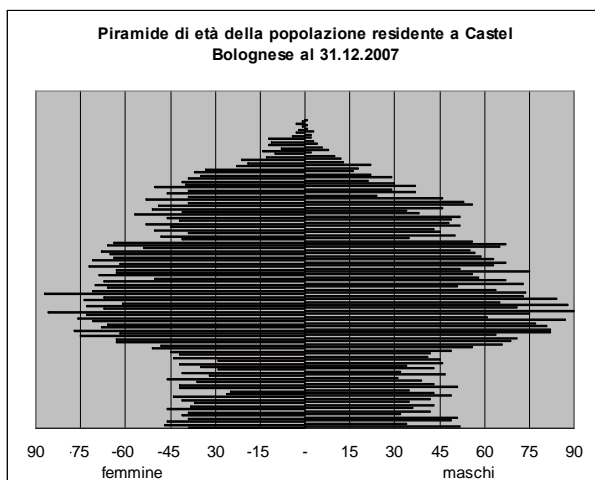
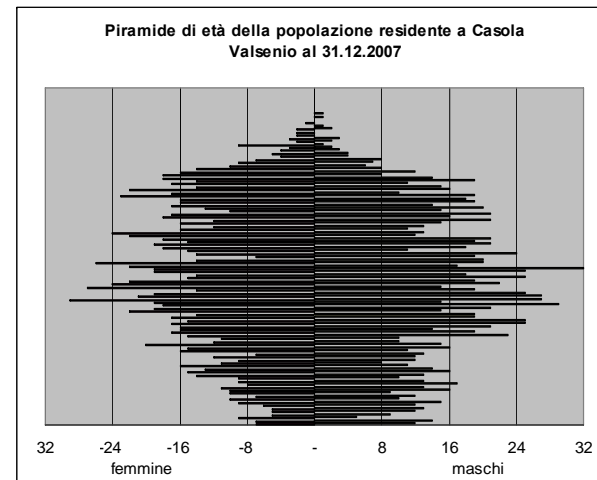
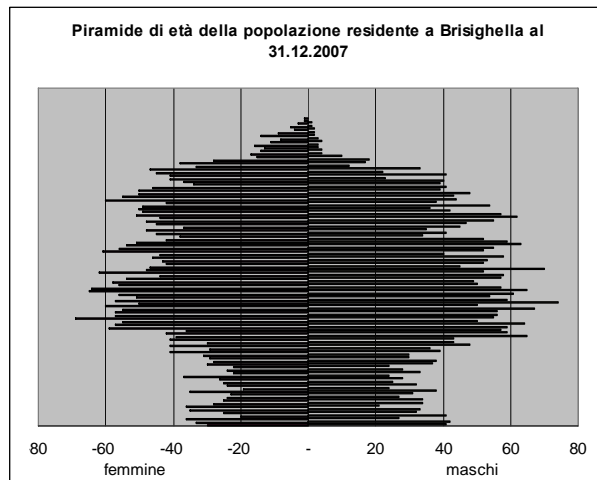
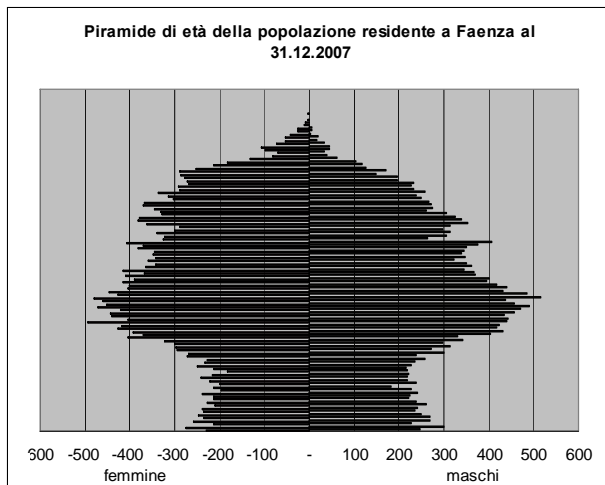
### **Parte II : I bisogni della popolazione emergenti dal Profilo di comunità e il confronto con servizi e risorse disponibili**

#### **a) Brevi cenni di demografia sociale**

La distribuzione della classi di età della popolazione della zona sociale di Faenza presenta una composizione simile a quella rilevata a livello provinciale, anche se con alcune peculiarità a livello di singolo Comune, che confermano un incremento della popolazione anziana, mentre si evidenziano classi di età particolarmente numerose nella fascia compresa tra i 35 e i 40 anni, dovute all'aumento delle nascite nel periodo compreso tra gli anni 1960 – 1970. le classi di età comprese tra i 5 e i 24 anni risentono di un deciso decremento delle nascite che solo negli ultimi anni si è interrotto con segnali comunque di una ripresa dovuta al maggior tasso di fertilità delle donne straniere, ma anche a diversi, seppur non ancora marcati, comportamenti riproduttivi delle stesse donne italiane che giungono alla scelta della maternità ad età più elevate rispetto al passato.

POPOLAZIONE RESIDENTE AL 31/12/2007							
CLASSI DI ETA'	FAENZA	BRISIGHELLA	CASOLA VALSENO	CASTEL BOLOGNESE	RIOLO TERME	SOLAROLO	TOTALE COMPRESORIO
0-4	2.523	327	85	430	287	197	3.849
5-9	2.382	297	99	399	258	193	3.628
10-14	2.168	276	116	400	245	188	3.393
15-19	2.177	268	131	376	251	194	3.397
20-24	2.367	333	111	400	258	205	3.674
25-29	3.009	415	147	581	332	279	4.763
30-34	4.019	538	185	734	424	284	6.184
35-39	4.448	582	193	757	459	305	6.744
40-44	4.673	592	215	746	443	363	7.032
45-49	4.139	547	201	637	427	308	6.259
50-54	3.691	514	214	642	358	295	5.714
55-59	3.485	529	166	621	354	276	5.431
60-64	3.429	445	171	511	322	228	5.106
65-69	3.337	491	161	480	277	218	4.964
70-74	3.119	464	158	464	304	233	4.742
75-79	2.738	445	164	400	266	250	4.263
80-84	2.338	370	141	310	210	198	3.567
85-89	1.307	192	64	184	124	102	1.973
90-94	574	79	32	78	51	42	856
95-99	190	43	10	31	19	20	313
100-104	17	2	2	5	3	4	33
105-109	1	-	-	-	-	-	1
<b>Totale</b>	<b>56.131</b>	<b>7.749</b>	<b>2.766</b>	<b>9.186</b>	<b>5.672</b>	<b>4.382</b>	<b>85.886</b>





<b>Numero famiglie per numero di componenti al 31/12/2007 nei comuni del comprensorio faentino</b>							
<b>Numero dei componenti in famiglia</b>	<b>Brisighella</b>	<b>Casola Valsenio</b>	<b>Castel Bolognese</b>	<b>Faenza</b>	<b>Riolo Terme</b>	<b>Solarolo</b>	<b>TOTALE</b>
	<b>Numero famiglie</b>						
<b>1</b>	1.165	420	1.215	7.782	666	507	<b>11.755</b>
<b>2</b>	977	309	1.109	7.315	622	529	<b>10.861</b>
<b>3</b>	650	229	808	4.856	565	363	<b>7.471</b>
<b>4</b>	403	157	547	3.066	347	253	<b>4.773</b>
<b>5</b>	127	43	144	846	81	86	<b>1.327</b>
<b>6</b>	26	17	43	232	30	27	<b>375</b>
<b>7</b>	18	5	12	64	6	12	<b>117</b>
<b>8</b>	5	4	3	20	3	1	<b>36</b>
<b>9</b>	-	-	1	-	-	-	<b>1</b>
<b>oltre i 9</b>	1	2	-	18	1	1	<b>23</b>
<b>Numero Totale Famiglie</b>	<b>3.372</b>	<b>1.186</b>	<b>3.882</b>	<b>24.199</b>	<b>2.321</b>	<b>1.779</b>	<b>36.739</b>
<b>Numero Convivenze</b>	<b>11</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>53</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>74</b>

La composizione delle famiglie evidenzia un elevato numero di nuclei formato da un solo componente, si tratta di un dato di contesto da cui si evince una composizione media di poco superiore a due unità che può essere anche un indicatore di situazioni di fragilità da indagare con attenzione.

Se si prende in considerazione il solo Comune di Faenza, ad esempio risultano 2476 famiglie con figli ed un solo genitore e in 733 di queste vi sono ragazzi di età inferiore ai 18 anni. Il dato non necessariamente coincide con situazioni legate a separazioni o a divorzi, ma è comunque indicativo di una responsabilità educativa che in molti casi vede in unico genitore se non l'esclusivo, perlomeno il prevalente punto di riferimento.

Altro target sensibile di soggetti che spesso vivono da soli è rappresentato dagli anziani per i quali nel programma attuativo annuale sono previste azioni di monitoraggio e di sostegno a seguito di una valutazione che sia effettivamente in grado di individuarne il livello di fragilità e le risorse familiari o di altro tipo in grado di supportarli.

La transizione demografica come è stata definita nell'atto di indirizzo e coordinamento presenta significativi risvolti anche con riferimento alla fascia di popolazione che si trova in età lavorativa a tal fine è significativa l'evoluzione dell'indice di dipendenza totale

come si è sviluppato nel tempo nei Comuni della zona sociale. Con tale indicatore si misura il numero di persone in età non lavorativa e precisamente le classi di età comprese tra 0 e 14 anni e quelle di età superiore ai 65 anni, rispetto a 100 persone potenzialmente in età lavorativa ossia comprese nella fascia di età tra 15 e 64 anni.

Indice di dipendenza totale						
Comune di residenza	Anno					
	1981	1991	2001	2005	2006	2007
FAENZA	53,09	48,71	54,64	57,9	58,57	58,40
BRISIGHELLA	56,82	53,75	61,09	62,13	62,31	62,69
CASOLA VALSENI	55,58	55,11	60,58	61,61	60,68	59,52
CASTEL BOLOGNESE	53,92	47,55	52,04	53,56	53,98	52,97
RIOLO TERME	48,8	48,75	55,33	55,74	56,9	56,34
SOLAROLO	56,72	54	59,48	62,16	61,87	60,10

L'indice può essere ulteriormente scomposto per rilevare l'incidenza delle fasce di età più giovani rispetto a quelle in età potenzialmente lavorativa e quella degli anziani al di sopra dei 65 anni sempre rispetto a quelle in età potenzialmente lavorativa, individuando così l'indice di dipendenza giovanile e quello degli anziani che per la zona sociale di Faenza si attesta rispettivamente al 20,42 e al 35,18. Da tali dati emerge che larga parte della popolazione in condizione non attiva è rappresentata in misura prevalente dalla popolazione anziana, indice che conferma il processo di invecchiamento della popolazione che si è registrato negli ultimi decenni.

Le dinamiche legate allo sviluppo della piramide della popolazione con riferimento all'impatto sull'occupazione emergono anche dall'indice di ricambio della popolazione attiva con il quale si misura il numero di persone che stanno per uscire dal mondo del lavoro ogni 100 persone che stanno per entrarvi ed è calcolato come rapporto tra la popolazione di età compresa tra 60 e 64 anni rispetto a 100 residenti di età compresa tra 15 e 19 anni. La tabella di seguito riportata evidenzia una popolazione in età lavorativa composta in gran parte da persone ormai prossime al pensionamento, in quanto l'indice si è allontanato nel tempo dal valore 100 che denoterebbe un quadro di sostanziale equilibrio tra chi sta per uscire dalla condizione lavorativa e coloro che stanno per entrarvi.

#### Indice di ricambio della popolazione attiva nei Comuni della zona sociale

Comune di residenza	Anno					
	1981	1991	2001	2005	2006	2007
FAENZA	68,89	107,14	164,39	146,84	156,08	157,51
BRISIGHELLA	73,88	124,45	190,48	152,94	153,87	166,04
CASOLA VALSENI	70,98	125,14	137,29	129,91	127,56	130,53
CASTEL BOLOGNESE	67,07	95,07	141,88	128,94	132,12	135,90
RIOLO TERME	67,96	100,65	139,29	113,93	114,57	128,29
SOLAROLO	72,96	134,2	142,94	123,64	119,1	117,53

Una forza lavoro composta in gran parte da soggetti non più giovani è avvallata da un ulteriore indicatore: l'indice di struttura della popolazione attiva, con il quale si misura il rapporto tra la popolazione residente di età compresa tra 40 e 64 anni rispetto a 100 persone di età compresa tra 15 e 39 anni. Gli indici mostrano chiaramente che attualmente sono molto più numerosi coloro che vivono l'esperienza lavorativa da più anni rispetto ai giovani, sicuramente più versatili e più aperti ai cambiamenti.

### Indice di struttura della popolazione attiva

Comune di residenza	Anno					
	1981	1991	2001	2005	2006	2007
<b>FAENZA</b>	99,24	97,96	105,92	115,33	118,36	121,20
<b>BRISIGHELLA</b>	110,57	101,71	108,03	116,46	119,32	122,99
<b>CASOLA VALSENIO</b>	97,09	94,34	105,58	116,5	122,98	126,08
<b>CASTEL BOLOGNESE</b>	89,89	93,77	104,96	108	108,43	110,85
<b>RIOLO TERME</b>	96,87	89,43	96,9	109,06	111,4	110,44
<b>SOLAROLO</b>	106,28	94,17	103,55	115,98	116,95	116,02

### La popolazione straniera nel territorio della zona sociale

Al 31.12.2007 la popolazione straniera ufficialmente residente nei 6 Comuni del Distretto Faentino è di n. 6.525 unità, con un aumento del 19,66%.

Sulla base dei dati forniti si può dedurre che

Il Comune che ha avuto il maggior numero di nuovi residenti risulta essere Faenza (con +666 unità rispetto al 2006), seguito da Castel Bolognese (+161), Riolo Terme (+102 unità), Solarolo (+88), Brisighella (+44 unità) e Casola Valsenio (+11). Così come per il biennio precedente (2005-2006), confrontando i dati attuali con quelli del 2006, si nota un maggior incremento del numero di presenze femminili (con +585 unità), rispetto a quella maschile (+487 unità).

La presenza maschile permane maggiore rispetto a quella femminile ma lo scarto rispetto all'anno 2006 risulta diminuito: gli uomini sono presenti con 153 unità in più rispetto alle donne. La maggior differenza di presenze maschili e femminili si registra per i cittadini provenienti dal continente africano.

Il maggior numero di presenze femminili è riscontrabile tra le cittadine dei paesi dell'Est Europa, che dal 2001 ad oggi hanno guadagnato terreno in modo veloce e consistente, aumentando di centinaia di unità ogni anno.

Di seguito si riporta una tabella con i dati di raffronto, per gli anni 2006 e 2007, relativi ai cittadini stranieri residenti nei Comuni della zona sociale.

<b>COMUNE</b>	<b>Maschi</b>	<b>Femmine</b>	<b>Tot.</b>
FAENZA	2.108	2.119	4.227
BRISIGHELLA	318	258	576
CASOLA VALSENIO	86	71	157
CASTEL BOLOGNESE	355	312	667
RIOLO TERME	268	239	507
SOLAROLO	204	187	391
<b>Tot. Residenti stranieri al 31.12.2007</b>	<b>3.339</b>	<b>3.186</b>	<b>6.525</b>
<b>COMUNE</b>	<b>Maschi</b>	<b>Femmine</b>	<b>Tot.</b>
FAENZA	1.822	1.739	3.561
BRISIGHELLA	313	219	532
CASOLA VALSENIO	77	69	146
CASTEL BOLOGNESE	266	240	506
RIOLO TERME	218	187	405
SOLAROLO	156	147	303
<b>Tot. Residenti stranieri al 31.12.2006</b>	<b>2.852</b>	<b>2.601</b>	<b>5.453</b>



## Piano di Zona per la salute e il benessere sociale 2009-2011

### b) La rete dei servizi nella Zona sociale di Faenza

INFANZIA, ETA' EVOLUTIVA E GENITORIALITA' - INDICATORI RELATIVI ALL'ATTIVITA'			
N°	Descrizione	Anno 2007	Anno 2008
1	Prestazioni di assistenza sociale, segretariato sociale pronto intervento sociale per situazioni di emergenza (n.minori in carico)	889	900
2	Sostegni economici ai nuclei familiari (contributi economici, assunzione diretta spese o accessi agevolati a servizi) n. nuclei in carico	105	120
3	Erogazione contributi per affido familiare e/o affido a parenti (n.ro minori)	24	25
4	Accoglienza residenziale di emergenza ( n. madri + minori)	48	48
5	Minori seguiti con progetti pomeridiani individuali	33	27
6	Sostegno alla genitorialità di nuclei monoparentali, donne sole gestanti e / o con figli minori	80	85
7	Adozioni (n.istruttorie)	17	17
8	Affidi e vigilanza pre-adoptiva	15	16
9	Incontri vigilati (n. minori)	13	12
10	Gestione Centri di Aggregazione (n.ro Centri)	6	6
11	Accoglienza semiresidenziale diurna (n.ro minori frequentanti i Centri di Aggregazione)	801	810
12	Informafamiglie:		

	- accessi di persona - accessi telefonici - schede informative locali - "estate e ...famiglie" n.copie	879 1162 144 9.000	900 1200 160 9.000
13	Sostegno alla genitorialità: - incontri pubblici e corsi per genitori - n.famiglie per consulenza e supporto - contributi economici nuclei monoparentali (gestione plafond Fondazione bancaria)n. richieste	20 32 75	20 35 80
14	Mediazione familiare n. famiglie	11	15
15	Assegni di maternità	57	60
16	Assegni al nucleo familiare numeroso	45	50
17	Mediazione linguistica e culturale: - n. alunni seguiti - Laboratori estivi n. iscrizioni - Spazio di accoglienza e informazione n. ore	91 27 367	100 30 400
18	Azioni per l'inserimento sociale delle donne immigrate - n. donne frequentanti i laboratori - n. donne iscritte al corso di italiano - feste	54 41 3	65 40 3
19	Promozione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza - incontri pubblici - Festa dei bambini	1	2 1
20	Adozione - Istruttorie - Incontri post-adozione - Gruppo di approfondimento con psicomotricità per i bambini	17 3 con 223 presenze 5 incontri con 10 famiglie e 15 bambini	17 3 con 240 presenze

-Nel 2008, dal mese di novembre 2008 , è stato avviato un progetto specifico di **alfabetizzazione** a favore di cinque alunni senegalesi in età di scuola secondaria di primo grado.

-**Adozione**: è stato avviato un percorso con le scuole per concordare modalità di inserimento scolastico dei bambini adottati condivise tra famiglia, scuola e servizi sociali.

- **Affidamento familiare** e azioni di sensibilizzazione all'accoglienza: sono ripresi i contatti con le associazioni familiari che dedicano il loro impegno all'accoglienza di minori e famiglie in situazione di fragilità al fine di incontrare famiglie interessate e individuare nuove disponibilità.
- In attuazione della delibera regionale 748/2008 è stato elaborato un **accordo** tra centro per le famiglie e consultorio familiare finalizzato ad arricchire le proposte e le opportunità a sostegno delle famiglie e delle loro responsabilità nei confronti dei figli
- E' stato realizzato il **percorso formativo** sulla presa in carico degli adolescenti a rischio al quale hanno partecipato 52 operatori dei servizi sociali, sanitari, educativi e scolastici
- La coordinatrice del CpF ha partecipato al corso di alta formazione per assistenti sociali organizzato dalla Regione Emilia- Romagna e dalla Fondazione Alma Mater, concluso con la presentazione di un project work.
- La coordinatrice e un'educatrice del Centro per le famiglie fanno parte del gruppo di ricerca-intervento "Il bambino e il villaggio"
- Due educatrici hanno partecipato ad un **percorso formativo** organizzato dalla Regione Emilia-Romagna per operatori dello sportello "Informafamiglie"

INTERVENTI DI SOSTEGNO DA PARTE DELLA COMMISSIONE ASSISTENZA IN AREA MINORI												
TIPO DI INTERVENTO	I° sem.2007						I° sem.2008					
	FAENZA	BRISIGHELLA	CASOLA V.	CASTEL BOLOGNESE	RIOLO TERME	SOLAROLO	FAENZA	BRISIGHELLA	CASOLA V.	CASTEL BOLOGNESE	RIOLO TERME	SOLAROLO
Sostegno salute	12						4					
Sostegno casa	7	1		2	3	2	13			6	3	1
Beni prima necessità	7			2		1	27	1		2		
Sostegni economici	21	2		5	1	1	40	2		3		
Sostegni educativi	13			6*	1	1	13	2		8*		
Sostegni scolastici	19	9	1	12	11	4	33	5		7	4	2
Affidi	13	4					17	4				
Residenzialità	23	2		8	1	6	31	3		9	1	3
Borse lavoro							1					



<b>DATI RELATIVI AI CENTRI DI AGGREGAZIONE PER ADOLESCENTI – Attività 2008</b>					
<b>COMUNE/ CENTRO</b>	<b>PRESENZE ANNUALI</b>	<b>MEDIA ANNUALE</b>	<b>GIORNI SETTIMANALI E MESI DI APERTURA</b>	<b>COSTO ANNUALE</b>	<b>FONTI DI FINANZIAMENTO</b>
Faenza: "L'Aquilone"	n. 6729 (- 597 rispetto al 2007) n. 239 ragazzi (n. 156 maschi , n. 83 femmine) di cui 86 stranieri	<b>31,1</b> (32,9 nel 2007)	5 gg. per 48 settimane	<b>Euro 71.977,47</b>	Risorse gestione associata
Faenza: "Compagniabella"	n. 7022 ( + 1268 rispetto al 2007) n. 171 ragazzi (n. 109 maschi , n. 62 femmine ), di cui 74 stranieri	<b>30,6</b> (26,2 nel 2007)	5 gg. per 48 settimane	<b>Euro 51.703,96</b>	Risorse gestione associata
Brisighella: "Stella Polare"	n. 2471 (- 191 rispetto al 2007) n. 77 ragazzi (n. 53 maschi , n. 24 femmine ), di cui 17 stranieri	<b>10,8</b> (11,8 nel 2007)	5 gg. per 48 settimane	<b>Euro 44.494,53</b>	Risorse gestione associata
Casola Valsenio: "L'Isola ..."	n. 2127 ( - 52 rispetto al 2007) n. 35 ragazzi (n. 30 maschi , n. 5 femmine ), di cui 9 stranieri	<b>10,3</b> (10,5 nel 2007)	5 gg. per 48 settimane	<b>Euro 30.410,25</b>	Risorse gestione associata
Riolo Terme: "La Baracca"	n. 5244 ( - 1950 rispetto al 2007) n. 150 ragazzi (n. 103 maschi , n. 47 femmine ), di cui 13 stranieri	<b>21,6</b> (32,2 nel 2007)	5 gg. per 48 settimane	<b>Euro 44.494,53</b>	Risorse gestione associata
Solarolo: "Il Villaggio"	n. 6774 (- 496 rispetto al 2007) n. 160 ragazzi (n. maschi 106, n. femmine 54), di cui 20 stranieri	<b>32</b> (33,9 nel 2007)	5 gg. per 48 settimane	<b>Euro 44.494,53</b>	Risorse gestione associata
<b>Totale</b>	<b>Accessi 30.367 (- 2018 rispetto al 2007) N° ragazzi 832 ( + 31 rispetto al 2007) (n. maschi 557, n. femmine 275), di cui 219 stranieri</b>			<b>Euro 287.575,27</b>	

**Servizio SERT - Esiti inserimenti in Comunità Terapeutica al 31-12 suddivisi per sede. Anni 2007 - 2008 V.A.)**

SEDE	Anno	Completato	Abbandono	Dim. Conc.	Espulsione	Decesso	Carcerazione	In corso	TOTALE
Ravenna	2007	10	15	3	0	1	0	32	61
	1° verifica	9		2					11
	2° verifica	7		2					9
	2008	10	7	4	0	1	0	34	56
Lugo	2007		5	4	2	0	0	14	25
	1° verifica		1	3					4
	2° verifica			3					3
	2008	3	3	2	4	0	1	12	25
Faenza	2007	5	2	6	0	1	0	12	26
	1° verifica	5		4					9
	2° verifica	5		4					9
	2008	3	4	6	1	1	0	15	30
TOTALE	2007	15	22	13	2	2	0	58	112
	2008	16	14	12	5	2	1	61	111

**Servizio SERT - Esiti inserimenti in Comunità Terapeutica al 31-12 suddivisi per tipologia inserimento. Anni 2007 - 2008 (V.A.)**

Indicatore	2007			2008
	Esito trattamento CT	Verifica a 6 mesi (con esito positivo)	Verifica a 12 mesi (con esito positivo sui positivi al primo step)	Esito trattamento CT

<b>Percorso completato con esito positivo</b>	<b>15</b>	<b>14/15</b>	<b>12/14</b>	<b>16</b>
<b>Dimissione concordata con esito positivo</b>	<b>13</b>	<b>9/13</b>	<b>9/9</b>	<b>12</b>
<b>Abbandono</b>	<b>22</b>	<b>1/22</b>	<b>0/1</b>	<b>14</b>
<b>Espulsione</b>	<b>2</b>	<b>0/2</b>		<b>5</b>
<b>Decesso</b>	<b>2</b>			<b>2</b>
<b>Arresto</b>	<b>0</b>			<b>1</b>
<b>Inserimento ancora in corso</b>	<b>58</b>			<b>61</b>
<b>TOTALE</b>	<b>112</b>			<b>111</b>

Le verifiche sono state effettuate sui pazienti che hanno completato o interrotto il percorso comunitario. Per esito positivo si intende che il paziente ha modificato il rapporto con le sostanze e mantiene una buona compliance per i trattamenti proposti sul territorio.

**Servizio SERT - Nr. Utenti e Nr. Giornate in Comunità Terapeutica suddivisi per tipologia inserimento. Anni 2007- 2008.**

<b>Indicatore</b>	<b>Anno</b>	<b>Inserimento da Carcere</b>	<b>Inserimento da Decreto Tribunale e/o Madre/Bambino</b>	<b>Inserimento congiunto CSM e SerT per pazienti in Doppia Diagnosi</b>	<b>Inserimento SerT</b>	<b>Inserimento SerT per pazienti in grave marginalità sociale e/o sanitaria</b>	<b>TOTALE</b>
<b>Nr. Utenti</b>	<b>2007</b>	<b>13</b>	<b>10</b>	<b>12</b>	<b>57</b>	<b>20</b>	<b>112</b>
	<b>2008</b>	<b>17</b>	<b>11</b>	<b>13</b>	<b>57</b>	<b>13</b>	<b>111</b>
	<b>Δ 08-07</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>-7</b>	<b>-1</b>
	<b>Prev. 2009</b>	<b>23</b>	<b>11</b>	<b>13</b>	<b>40</b>	<b>7</b>	<b>94</b>
<b>Nr. Giornate</b>	<b>2007</b>	<b>1.835</b>	<b>1.631</b>	<b>2.983</b>	<b>9.371</b>	<b>3.301</b>	<b>19.121</b>
	<b>2008</b>	<b>3.861</b>	<b>2.746</b>	<b>3.470</b>	<b>10.606</b>	<b>3.012</b>	<b>23.695</b>
	<b>Δ 08-07</b>	<b>2.026</b>	<b>1.115</b>	<b>487</b>	<b>1.376</b>	<b>-289</b>	<b>4.715</b>

	$\Delta$ % 07-08	110,4	68,4	16,3	14,9	-8,8	24,8
--	------------------	-------	------	------	------	------	------

Durata media inserimento 2007: 162 gg (circa 5 mesi e mezzo)  
Durata media inserimento 2008: 194 gg (circa 6 mesi e mezzo)

**Consultori Familiari, negli Spazi Giovani e negli Spazi Donne Immigrate – Dati 2007**

<b>Area tematica</b>	<b><i>N° totale soggetti coinvolti (2)</i></b>	<b><i>N° totale corsi-progetti (3)</i></b>	<b><i>N° medio incontri per corso-progetto</i></b>	<b><i>N° totale incontri</i></b>	<b><i>Totale ore impegnate dal personale</i></b>
Corsi di preparazione al parto/nascita	306	12	9	102	240
Gruppi per neo-genitori (compresi i gruppi del massaggio infantile, sostegno allattamento al seno, etc.)	101	12	2	24	48
Gruppi menopausa					
Gruppi sostegno per donne con problemi oncologici					
<b>TOTALE</b>					288

**CONSULTORIO FAMILIARE: SINTESI ATTIVITA' EDUCATIVA SESSUALE E PREVENZIONE AIDS - ANNO 2007 - (1)**

**N. PROGETTI ATTIVATI: \_\_\_\_\_ 4**

AREE TEMATICHE TRATTATE:

- **Xsessualità e affettività**
- **Xprevenzione AIDS e MST**
- comunicazione e relazione (con sé, con i pari, con gli adulti)**
- alimentazione**
- consapevolezza di sé e rispetto dell'altro**
- **altro (specificare) PREVENZIONE COMPORAMENTI A RISCHIO**

**PROGETTI ATTIVATI IN AMBITO EXTRA-SCOLASTICO n. \_\_2\_\_**

**Associazioni/enti coinvolti n. Servizi Ausl: SERT**

**Soggetti (adulti) coinvolti n. \_\_\_\_\_**

**Specificare \_\_1) ragazzi segnalati Prefettura\_ART. 121**

**2) Interventi Unità di Strada \_\_\_\_\_**

**Soggetti (ragazzi) coinvolti n.               7 + 130 \_\_\_\_\_**

**di cui per peer education                        \_\_0\_\_**

**CONSULTORIO FAMILIARE: ATTIVITA' SANITARIA DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA 2007**

**UTENZA: DATI GENERALI DI SETTORE (Utenti e nuovi utenti distinti per età, sesso e provenienza geografica)**

<b>Utenza</b>	<b>≤19 aa.</b>	<b>20-29 aa.</b>	<b>30-39 aa.</b>	<b>40-49 aa.</b>	<b>50-64 aa.</b>	<b>≥ 65 aa.</b>	<b>TOTALE</b>
Tot. utenti nell'anno	426	1.088	1.294	904	845	339	4.876
di cui nuovi utenti							N.R.
di cui maschi	1	7	0	2	0	0	10

di cui con cittadinanza di Paesi a sviluppo non avanzato (1)	43	258	214	79	30	1	625
--	----	-----	-----	----	----	---	-----

1. Si intendono tutti i paesi di sviluppo non avanzato: Asia - Africa - America Latina - Europa dell'Est compresa la ex Jugoslavia. Vanno inclusi in questa tipologia anche i nomadi.

**CONSULTORIO FAMILIARE- ATTIVITA' DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA 2007**  
(Interventi svolti da personale medico e paramedico)

***Specialistica ginecologica (esclusa citologia e prestazioni strumentali)***

Utenti tot.	n° 2.753	Di cui immigrate:	n° 283
accessi	n° 4.204	6.1.3 prestazioni	n° 4.233

***Assistenza ostetrica in gravidanza***

accessi	n° 2.970	6.1.5 prestazioni	n° 3.118
gravidanze prese in carico nell'anno			n° 277
di cui in donne provenienti da Paesi a sviluppo non avanzato (1)			n° 110
di cui adolescenti <18 anni			n° 1
di cui adolescenti 18-19 anni			n° 9

**I.V.G.**

accessi	n° 235	prestazioni	n° 310
certificazioni I.V.G. rilasciate			n° 104
di cui a minori con assenso dei genitori			n°
di cui a minori senza assenso dei genitori			n°
di cui ad adolescenti 18-19 anni			n° 5
di cui a donne provenienti da Paesi a sviluppo non avanzato (1)			n° 54

**NOTE:**

(1) Si intendono tutti i Paesi di: Africa, Asia, America Latina, Europa dell'est (compresa la ex Jugoslavia). Vanno inclusi in questa tipologia anche i nomadi.

**CONSULTORIO FAMILIARE - RIEPILOGO 2007**

<b>Totale prestazioni</b>	<b>n° 13.343</b>
<b>Totale accessi</b>	<b>n° 11.014</b>

**ATTIVITA' PSICOLOGICA (individuale e/o di coppia) 2007**

**Volume complessivo prestazioni e utenti**

**Prestazioni**

1.1 Totale prestazioni	n°2235
------------------------	--------

**Utenza**

Utenti singoli n° 370	di cui maschi n° 148	
Coppie n° 81		
Famiglie n° 6		
<b>TOT. UTENTI</b> <b>° 457</b>	di cui nuovi utenti n° 152 di cui immigrati n° 45 (v. nota 2a)	di cui adolescenti n° 110 (età 13-19 anni- v.note 2b)

(2a) Si fa riferimento agli utenti con cittadinanza di paesi a sviluppo economico non avanzato, così come indicato alla nota 5 della Scheda CF. 5 "Utenza - Dati generali di settore".

(2b) Conformemente a quanto contenuto nella Legge 15.2.1996 "Norme contro la violenza sessuale", si fa qui riferimento al limite inferiore d'età di 13 anni.

**Aree di attività**

**Attività connesse alla tutela della salute femminile/sexualità/procreazione:**

Utenti n° 83	di cui per counseling n° 78 di cui per psicoterapia n° 5
--------------	---

**3.1.1 Utenti di cui al punto 3.1 distinti per le sottoelencate aree problematiche:**

Area procreazione		
gravidanza/maternità/puerperio/infertilità/sterilità	utenti n° 17	
contraccezione	utenti n° 3	
I.V.G.	utenti n° 12	di cui minorenni con autorizz. genitori n° 3 di cui minorenni senza autorizz. genitori n° 1

menopausa	utenti n° /
-----------	-------------

oncologia	utenti n° 10		
sessualità	utenti n° 41	di cui maschi n° 12	di cui coppie n° 4

#### **Attività connessa a situazioni di disagio personale a connotazione non psichiatrica**

Utenti n° 20 di cui (di cui maschi n° 14 )	per counseling n° 18 per psicoterapia n° 2
--	---

#### **Attività riferita a problemi relazionali di coppia e/o di famiglia (non connessi direttamente a decisioni di separazione/divorzio)**

Utenti singoli n° 229	di cui maschi n° 114
Coppie (3) n° 29	
Famiglie (3) n° 6	
<b>TOTALE UTENTI n° 264</b>	di cui per counseling n° 233 di cui per psicoterapia n° 31

#### **Attività riferita a situazioni conflittuali di separazione/divorzio su cui l'Autorità Giudiziaria ha richiesto una valutazione in ordine all'affido dei figli**

Situazioni familiari valutate n° /	di cui con l'Ass.Soc. n° /
------------------------------------	----------------------------

#### **Attività in ordine all'adozione e all'affido familiare**

coppie valutate e/o seguite per iter adottivo	n° 34	di cui con l'Ass.Soc. n° 34
coppie valutate e/o seguite per l' affido familiare	n° 9	di cui con l'Ass.Soc. n° 9

#### **Attività in ordine al matrimonio tra minorenni**

situazioni valutate	n° /	di cui con l'Ass.Soc. n° /
---------------------	------	----------------------------

#### **Altre eventuali attività psicologiche svolte**

Tipologia dell'attività svolta (descrivere)	N° destinatari
DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE	n° 13



**SPAZIO GIOVANI: N.RO UTENTI (\*)PER PRESTAZIONI INDIVIDUALI DISTINTI PER SESSO ED ETA':**

<b>ETA'</b>	≤ 14 ANNI	15 ANNI	16 ANNI	17 ANNI	18 ANNI	19 ANNI	≥ 20 ANNI	TOT
<b>SESSO</b>								
FEMMINE	41	33	77	73	84	75	121	504
MASCHI	4	2	5	4	2	1	10	28
TOTALE	45	35	82	77	86	76	131	532
DI CUI IMMIGRATE/I	5	2	5	7	8	9	19	55

(\*) Per utenti si intendono quanti hanno ricevuto almeno una prestazione nel corso dell'anno (vanno esclusi dal computo quanti si sono rivolti al consultorio per consulenze di gruppo - vedi domanda n.13) (Ovviamente non vanno conteggiati come utenti quanti si presentano per accompagnare l'utente vero e proprio).

**SPAZIO GIOVANI: N.RO NUOVI UTENTI (\*) PER PRESTAZIONI INDIVIDUALI DISTINTI PER SESSO ED ETA'**

(SCORPORATI DAL TOTALE UTENTI):

<b>ETA'</b>	≤ 14 ANNI	15 ANNI	16 ANNI	17 ANNI	18 ANNI	19 ANNI	≥ 20 ANNI	TOT
<b>SESSO</b>								
FEMMINE	30	23	50	36	23	22	28	212
MASCHI	2	2	2	3	1	0	3	13
TOTALE	32	25	52	39	24	22	31	225
DI CUI IMMIGRATE/I	2	1	4	5	5	3	9	29

(\*) Per i nuovi utenti si intendono quanti sono affluiti al servizio per la 1° volta (oppure mai venuti nei 3 anni precedenti) nel corso dell'anno rilevato.

### SPAZIO GIOVANI: N.RO NUOVI UTENTI PER TIPO DI PROBLEMATICA

TIPO	1 CONTRAC CEZIONE	2 IVG	3 GRAVIDE PRESE IN CARICO	4 GINECO LOGIA	5 PROBL. PSICOL. RELAZ.	6 SESSUO LOGIA	7 DISTURBI ALIMEN TAZIONE	8 ALTRO	TOT
<b>N.</b>	331	13	3	222	65	22	9	70	<b>532*</b>
<b>Di cui immigrate/i</b>	31	4	3	17	6	2	0	8	<b>55*</b>

### SPAZIO GIOVANI: N. RO ACCESSI (\*) PER TIPO DI PROBLEMATICA

TIPO	1 CONTRAC CEZIONE	2 IVG	3 GRAVI DANZA .	4 GINECO LOGIA	5 PROBL. PSICOL. RELAZ	6 SESSUO LOGIA	7 DISTURBI ALIMEN TAZ.	8 ALTRO	TOT
<b>N.</b>	586	19	90	341	416	37	31	444	<b>1964</b>

(\*)il totale **non** corrisponde perché alcuni utenti si sono presentati per problematiche diverse nell'anno

## SPAZIO GIOVANI: N.RO PRESTAZIONI (\*) EROGATE PER TIPO DI PROBLEMATICAZIONE ANNO 2007(\*\*)

TIPO	1 ACCOGLIENZA (\$)	2 CONTRACCETTIVE	3 IVG PRESTAZ. TOT (°)	4 DI CUI N° CERT.	5 GRAVI DANZA	6 GINECOLOGIA	7 PROBL. PSICOL. RELAZ		8 SESSUOLOGIA		9 DISTURBI ALIMENTAZIONE		10 ALTRO	TOT
							CONSULENZA	PSICOTERAPIA	CONSULENZA	PSICOTERAPIA	CONSULENZA	PSICOTERAPIA		
				IVG °										
GINECOLOGO	85	584	3	0	97	341	/	/	4	/	/	/	99	1401
OSTETRICA ASS. SAN.	73		3						2				110	
PSICOLOGO	75	3	13	/	/	/	354	62	31	/	13	18	/	569
<b>TOT:</b>	<b>233</b>	<b>587</b>	<b>19</b>	<b>0</b> °	<b>97</b>	<b>341</b>	<b>354</b>	<b>62</b>	<b>37</b>	<b>/</b>	<b>13</b>	<b>18</b>	<b>209</b>	<b>1970</b>

(\*) Per prestazioni si intendono colloqui, visite specialistiche ecc. erogate agli utenti (singoli o in coppia) nel corso dell'anno nella sede consultoriale.

(\*\*) Per problemi che prevedono più prestazioni, anche erogate da figure professionali diverse, vanno segnate tutte le prestazioni effettivamente erogate (compreso il primo colloquio per nuovi utenti, purché non finalizzato alla sola funzione di filtro).

(°) Totale prestazioni per IVG (anche PRE e POST) comprese le certificazioni.

(\$) Per ACCOGLIENZA si intende il primo colloquio con un nuovo utente che ha quali obiettivi: l'ascolto della richiesta, una prima valutazione del bisogno, la presentazione e l'informazione al Servizio, la raccolta dei dati personali, l'ipotesi di definizione di un percorso assistenziale con eventuale invio al professionista o al servizio di competenza.

**CORPO DI POLIZIA MUNICIPALE** via Insorti, 2 - tel. 0546/691400 - fax 691482

### RIEPILOGO Generale 2008 Infortunistica

Sinistri 2007	Totale	Mortali	Prognosi riservate	Con feriti	Solo Danni	Totale feriti
	208	0	2	142	64	193
Sinistri 2008	Totale	Mortali	Prognosi riservate	Con feriti	Solo Danni	Totale feriti

	233	5	8	152	74	212
Variazione numerica	+ 25	+ 5 (2 decessi naturali in strada)	+ 6	+ 10	+ 10	+ 19
Variazione % anno precedente.	+ 12 %	--	+ 300 %	+ 7 %	+ 15 %	+ 10%

**2007:**

1 sinistro con 6 feriti  
 1 sinistro con 5 feriti  
 4 sinistri con 4 feriti  
 6 sinistri con 3 feriti

**2008:**

1 sinistro con 5 veicoli  
 10 sinistri con 3 veicoli  
 3 sinistri con solo velocipedi  
 1 sinistro con 5 feriti  
 2 sinistri con 4 feriti  
 7 sinistri con 3 feriti  
 1 sinistro con 5 veicoli  
 2 sinistri con 4 veicoli  
 24 sinistri con 3 veicoli  
 1 sinistro con solo velocipedi

**Tipo di violazioni**

Art.	Denominazione	Anno 2008	Anno 2007	Variazione
142/8 142/9	Superamento dei limiti di Velocità > e < 40Km/h	369 (171 A)	286 (35 A)	+ 29 %
145	Mancata precedenza	53	51	+ 4 %
146	Inosservanza segnaletica orizzontale (superamento linea continua)	136	135	+ 0,8 %
171	Uso del casco	4	5	- 25 %
172	<b>Uso delle cinture</b>	247	246	+0,5 %
173	<b>Uso del telefonino</b>	200	193	+ 3,7%
158	Sosta su stalli riservati invalidi	308	362	- 17,5%



<i>Richiesta notifica – Citazioni – Indagini – Informazioni</i>	<b>130</b>	<b>145</b>	<b>- 11,6%</b>
<i>Danneggiamento</i>	<b>77</b>	<b>63</b>	<b>+ 22,3%</b>
<b>Furti</b>	<b>61</b>	<b>93</b>	<b>- 52,5%</b>
<i>Querele</i>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>0%</b>
<i>Guida in stato di ebbrezza</i>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>- 135%</b>
<b>Falsità</b>	<b>15</b>	<b>14</b>	<b>+7,5%</b>
<b>Ingiurie</b>	<b>7</b>	<b>0</b>	
<i>Arresti</i>	<b>0</b>	<b>0</b>	
<i>Abusi edilizi</i>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>+ 50%</b>
<i>Omessa custodia</i>	<b>1</b>	<b>0</b>	
<i>Minacce resistenza rifiuto generalità</i>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>+ 100%</b>
<i>Biglietto invito</i>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>+ 50%</b>
<i>Restituzione veicoli furto</i>	<b>13</b>	<b>25</b>	<b>- 92,4%</b>
<i>Truffa</i>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>+ 100%</b>
<i>Diffamazione</i>	<b>1</b>	<b>1</b>	
<i>Lesioni personali</i>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>+ 200%</b>
<i>Frode informatica</i>	<b>0</b>	<b>0</b>	
<i>Persone segnalate all' A.G.</i>	<b>53</b>		
<i>Reati Tribunale minori</i>	<b>3</b>		
<i>Accertamenti per convivenza</i>	<b>92</b>		

**POVERTA' E FRAGILITA' SOCIALE**  
**DATI ATTIVITA' 2008 – DISTRETTO DI FAENZA**

<b>CENTRO SERVIZI PER STRANIERI</b>	N° ACCESSI TOTALI: <b>5.252</b> (di cui n. <b>4897</b> stranieri e n. <b>355</b> italiani) N° PRATICHE ONLINE: <b>1.158</b>
<b>BORSE LAVORO ADULTI (SERT, SIMAP, POVERTA')</b>	N° BORSE LAVORO ATTIVATE: <b>10</b> N° BORSE LAVORO ATTIVE: <b>30</b>
<b>BUONI PASTO</b>	N° BUONI EROGATI: <b>3.463</b> di cui: n. <b>1.199</b> Simap, n. <b>1.658</b> Ser.t., n. <b>606</b> Povertà N° CITTADINI: <b>38</b> (di cui: n. <b>14</b> Simap, n. <b>19</b> Ser.T., n. <b>5</b> Povertà)
<b>ESENZIONI TICKET SANITARI</b>	N° UTENTI ESENTI: <b>7</b>
<b>AFFITTO ACER</b>	N° CITTADINI PER CUI CI SI E' PRESI IN CARICO L'AFFITTO: <b>16</b> di cui: n. <b>8</b> Simap, n. <b>2</b> Ser.T., n. <b>6</b> Povertà
<b>CONTRIBUTI ORDINARI E STRAORDINARI</b>	N° CITTADINI A CUI E' STATO EROGATO ALMENO 1 SUSSIDIO NEL CORSO DELL' ANNO: <b>38</b> (di cui: n. <b>18</b> Simap, n. <b>11</b> Ser.T., n. <b>9</b> Povertà)

<b>DISABILI</b>						
<b>STRUTTURE RESIDENZIALI CONVENZIONATE AL 01.01.09</b>						
<b>DENOMINAZIONE</b>	<b>POSTI ATTUALMENTE CONVENZIONATI</b>	<b>POSTI AUTORIZZATI</b>	<b>POSTI OCCUPATI</b>	<b>TURNOVER</b>	<b>COMUNE</b>	
Centro residenziale "Casa del Sole"	12+1	24	12+1	+ 2 INGRESSI	FAENZA	
Gruppo appartamento "I Tigli"	12	12	12	+ 1 INGRESSO	FAENZA	
<b>STRUTTURE RESIDENZIALI AUTORIZZATE AL 01.01.09</b>						
O.A.M.I. Casa Famiglia S. Francesco	-	12			FAENZA	

<b>CENTRI DIURNI SOCIORABILITATIVI CONVENZIONATI AL 01.01.09</b>						
<b>DENOMINAZIONE</b>	<b>POSTI ATTUALMENTE CONVENZIONATI</b>	<b>POSTI AUTORIZZATI</b>	<b>POSTI OCCUPATI</b>	<b>TURNOVER</b>	<b>COMUNE</b>	
“La Rondine” diurno	20	20	20	INVARIATO	FAENZA	
“Casa del Sole” diurno	18	18	18	1 DIMISSIONE + 1 SUBENTRO	FAENZA	
“I Tigli” diurno	3	5	3	INVARIATO	FAENZA	
“La Maccolina”	4	8	4	INVARIATO	FAENZA	
<b>ALTRI NUCLEI DIURNI</b>						
“Il Faro”	-	Autorizzazione non prevista	-		FAENZA	
<b>CENTRI DIURNI OCCUPAZIONALI CONVENZIONATI AL 01.01.9</b>						
“Lampada di Aladino”	15	20		+ 1 INGRESSO	FAENZA	
“Il Sentiero”	20	25		2 DIMISSIONI + 2 SUBENTRI	FAENZA	
“La Serra”	15	15		1 DECESSO	FAENZA	
Laboratorio protetto Ceff	Fino a 15	Autorizzazione non prevista		+ 1 INGRESSO	FAENZA	

## **DISABILI**

### **DATI ATTIVITA' 2008 – DISTRETTO DI FAENZA**

<b>BORSE LAVORO RIVOLTE A PERSONE DISABILI</b>	N° B.L. ATTIVATE : 2 TOTALE B.L. ATTIVE: 17
<b>INSERIMENTI LAVORATIVI TRAMITE SIIL</b>	N° ASSUNZIONI : 24
<b>TEMPORANEITA' (POSTO DI SOLLIEVO)</b>	N° UTENTI: 7 N° GIORNI DI UTILIZZO SERVIZIO: 250



<b>SERVIZIO DI INTEGRAZIONE SCOLASTICA (a.s. 2008/2009)</b>	N° BAMBINI: 65 N° ORE/SETT. ASSEGNATE: 871 N° ORE TOT. EFFETTIVE EROGATE anno 2008: 26.390
<b>CONVENZIONE CON A. S. D.</b>	N° INTERVENTI ATTIVITA' PSICO MOTORIA: 14 N° INTERVENTI IN PISCINA: <ul style="list-style-type: none"> <li>• nell'anno scolastico 2008/2009 n. 20 bambini</li> <li>• gli utenti dei centri residenziali e semiresidenziali residenti nel distretto di Faenza</li> </ul>
<b>TRASPORTO DISABILI VALLATA DEL SENIO</b>	N° UTENTI: 11

### DATI POPOLAZIONE STRANIERA COMPRESORIO FAENTINO ANNO 2008

Popolazione straniera residente nel comprensorio faentino divisa per genere.

2008

COMUNE	Maschi	Femmine	Tot.
FAENZA	2481	2535	5016
BRISIGHELLA	337	285	622
CASOLA VALSENIO	91	91	182
CASTEL BOLOGNESE	402	384	786
RIOLO TERME	288	264	552
SOLAROLO	238	226	464
<b>Tot. Residenti stranieri al 31.12.2008</b>	<b>3.837</b>	<b>3.785</b>	<b>7.622</b>

2007

COMUNE	Maschi	Femmine	Tot.
FAENZA	2.108	2.119	4.227
BRISIGHELLA	318	258	576
CASOLA VALSENIO	86	71	157
CASTEL BOLOGNESE	355	312	667
RIOLO TERME	268	239	507
SOLAROLO	204	187	391
<b>Tot. Residenti stranieri al 31.12.2007</b>	<b>3.339</b>	<b>3.186</b>	<b>6.525</b>

**Al 31.12.2008 le cittadinanze maggiormente presenti nel distretto Faentino risultano essere nell'ordine:**

**2008**

<b>n°</b>	<b>Cittadinanza</b>	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>TOT</b>	Incremento <u>unità</u> rispetto al 2007	Incremento <u>%</u> rispetto al 2007
1°	Albania	912	654	1566	231	17,30
2°	Romania	649	720	1369	321	29,42
3°	Marocco	684	545	1229	138	13,17
4°	Moldavia	224	389	613	163	36,55
5°	Senegal	394	71	465	19	4,21
6°	Ucraina	71	276	347	35	11,22
7°	Polonia	85	185	270	68	28,94
8°	Tunisia	147	90	237	3	1,28
9°	Cina	104	106	210	-25	-12,38

**2007**

<b>n°</b>	<b>Cittadinanza</b>	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>TOT</b>	Incremento <u>unità</u> rispetto al 2006	Incremento <u>%</u> rispetto al 2006
1°	Albania	795	540	1.335	183	15,88
2°	Marocco	619	472	1.091	95	9,54
3°	Romania	485	563	1.048	495	89,51
4°	Senegal	383	63	446	13	3,00
5°	Moldavia	158	293	451	96	27,04
6°	Ucraina	64	248	312	25	8,71
7°	Cina	112	89	235	48	25,67
8°	Tunisia	146	88	234	9	4,00
9°	Polonia	61	141	202	52	34,67

## Cittadinanze maggiormente presenti nei Comuni del Distretto Faentino al 31.12.2008

<b>FAENZA</b>				
		<b>M</b>	<b>F</b>	<b>Tot</b>
1°	Romania	383	455	838
2°	Marocco	436	370	806
3°	Albania	450	327	777
4°	Moldova	208	347	555
5°	Senegal	364	71	435
6°	Ucraina	58	222	280
7°	Polonia	64	128	192
8°	Cina P	75	80	155
9°	Nigeria	49	66	115
10°	Tunisia	68	41	109

<b>BRISIGHELLA</b>				
		<b>M</b>	<b>F</b>	<b>Tot</b>
1°	Albania	113	77	190
2°	Marocco	95	57	152
3°	Romania	29	32	61
4°	Ucraina	8	21	29
5°	Senegal	20	0	20
6°	Polonia	7	10	17
7°	Bulgaria	11	6	17
8°	Bosnia-Erz	9	7	16
9°	Tunisia	9	6	15
10°	Algeria	6	7	13

<b>CASOLA VALSENI</b>				
		<b>M</b>	<b>F</b>	<b>Tot</b>
1°	Albania	40	30	70
2°	Romania	26	32	58
3°	Marocco	12	7	19
4°	Polonia	0	6	6
5°	Serbia	4	3	7
6°	Ucraina	1	5	6

<b>CASTEL BOLOGNESE</b>				
		<b>M</b>	<b>F</b>	<b>Tot</b>
1°	Albania	167	117	284
2°	Romania	72	66	138
3°	Marocco	49	36	85
4°	Tunisia	25	15	40
5°	Moldavia	9	23	32
6°	Polonia	7	16	23
7°	Ucraina	2	21	23
8°	Cina	9	10	19
9°	Cameru	9	5	14
10°	Egitto	7	6	13

<b>RIOLO TERME</b>				
		<b>M</b>	<b>F</b>	<b>Tot</b>
1°	Albania	77	61	138
2°	Romania	67	63	130
3°	Marocco	58	41	99
4°	Tunisia	29	18	47
5°	Moldavia	6	14	20
6°	Bosnia	14	5	19
7°	Serbia M	9	8	17
8°	Croazia	8	8	16
9°	Polonia	3	10	13
10°	Regno U	2	4	6

<b>SOLAROLO</b>				
		<b>M</b>	<b>F</b>	<b>Tot</b>
1°	Romania	72	72	144
2°	Albania	65	42	107
3°	Marocco	34	34	68
4°	Cina	20	16	36
5°	Tunisia	16	9	25
6°	Polonia	4	15	19
7°	Algeria	7	5	12
8°	Ucraina	2	7	9
9°	Macedonia	3	3	6
10°	Moldavia	1	4	5

## RESIDENTI ULTRA75ENNI ALL'01.01.2008

COMUNI	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
Faenza	2.808	4.357	7.165
Brisighella	455	676	1.131
Casola Valsenio	177	236	413
Castel Bolognese	399	609	1.008
Riolo Terme	255	418	673
Solarolo	244	372	616
<b>TOTALE</b>	<b>4.338</b>	<b>6.668</b>	<b>11.006</b>

## DIMISSIONI PROTETTE

**Anno 2007**

Tot. Segnalazioni 664

Attivazioni Servizi D.P. (SAD)  
a carico FRNA  
01.09.2007 – 31.12.2007  
n. 108

**Anno 2008**

01.01.2008 – 31.12.2008

Tot. Segnalazioni PUA 1078

- di cui per DP 997

- di cui per UVG 81

Attivazioni Servizi D.P. (SAD + SID)  
a carico FRNA

01.01.2008 – 31.12.2008

N. Attivazioni sociali (SAD) 316

N. Attivazioni sanitarie (SID) 362

- di cui sociali e sanitarie 154

Tot. ATTIVAZIONI 524

**Anno 2008**  
**a carico FRNA (ADI)**

Comune di:

**Brisighella** n. Utenti 26 n. ore 4.215

**Casola Valsenio** n. Utenti 7 n. ore 1.078

**Castel Bolognese** n. Utenti 42 n. ore 3.712

**Faenza** n. utenti 120 n. ore 25.439

**Riolo Terme** n. Utenti 14 n. ore 2.156

**Solarolo** n. utenti 8 n. ore 759 (al 30/11/08)

**Anno 2007**

Comune di:

**Brisighella** n. utenti 36 n. ore 4.174

**Casola Valsenio** n. utenti 18 n. ore 1.528

**Castel Bolognese** n. utenti 55 n. ore 3.718

**Faenza** n. utenti 193 n. ore 37.224

**Riolo Terme** n. utenti 21 n. ore 1.956

**Solarolo** n. utenti 12 n. ore 885

**ADI e SAD**

**Anno 2008**  
**non a carico FRNA (SAD)**

Comune di:

**Brisighella** n. Utenti 25 n. ore 1.285

**Casola Valsenio** n. Utenti 12 n. ore 339

**Castel Bolognese** n. Utenti 42 n. ore 2.862

**Faenza** n. utenti 134 n. ore 21.978

**Riolo Terme** n. Utenti 14 n. ore 693

**Solarolo** n. utenti 9 n. ore 499 (al 30/11/08)

**TOTALE SAD + ADI**

**Anno 2008**

Comune di:

**Brisighella** n. Utenti 51 n. ore 5.500

**Casola Valsenio** n. Utenti 19 n. ore 1.417

**Castel Bolognese** n. Utenti 72 n. ore 6.574

**Faenza** n. Utenti 245 n. ore 47.417

**Riolo Terme** n. Utenti 28 n. ore 2.849

**Solarolo** n. Utenti 14 n. ore 1.258

**RICOVERI DI SOLLIEVO AUTORIZZATI Anno 2008 Aprile-Dicembre n. 63 anziani Gennaio-Dicembre n. 7 disabili**

**CENTRI DIURNI ANZIANI**

<b>DENOMINAZIONE</b>	<b>COMUNE</b>	<b>posti convenzionati</b>	<b>posti autorizzati</b>
CD Lega-Zambelli	BRISIGHELLA	12	16
CD S. Antonio Abate	CASOLA VALSENIO	5	8
CD Camerini	CASTEL BOLOGNESE	16	20
CD S. Umiltà	FAENZA	20	25
CD Morri-Abbondanzi-Montuschi	FAENZA	20	25
CD Villa bella	RIOLO TERME	9	15
CD Cimatti	FAENZA	14	24
CD Bennoli	SOLAROLO	3	5
<b>TOTALE</b>		<b>99</b>	<b>138</b>

**PASTI A DOMICILIO**

**Anno 2008  
a carico FRNA**

**Comune di:**

**Brisighella n. Utenti 7 n. pasti 1.080**  
**Casola Valsenio n. Utenti 1 n. pasti 91**  
**Castel Bolognese n. Utenti 3 n. pasti 460**  
**Faenza n. Utenti 15 n. pasti 2.713**  
**Riolo Terme n. Utenti 4 n. pasti 524**  
**Solarolo n. Utenti 2 n. pasti 285**

**Anno 2008  
non a carico FRNA**

**Comune di:**

**Brisighella n. Utenti 42 n. pasti 6.926**  
**Casola Valsenio n. Utenti 15 n. pasti 2.588**  
**Castel Bolognese n. Utenti 25 n. pasti 6.132**  
**Faenza n. Utenti 75 n. pasti 14.473**  
**Riolo Terme n. Utenti 18 n. pasti 3.031**  
**Solarolo n. Utenti 21 n. pasti 5.416**

### TOTALE PASTI

Anno 2007 - Comune di:

Brisighella	n. utenti	30	n. pasti	6.409
Casola Valsenio	n. utenti	7	n. pasti	1.869
Castel Bolognese	n. utenti	26	n. pasti	6.834
Faenza	n. utenti	53	n. pasti	13.763
Riolo Terme	n. utenti	13	n. pasti	3.770
Solarolo	n. utenti	18	n. pasti	5.500

Anno 2008 - Comune di:

Brisighella	n. Utenti	49	n. pasti	8.006
Casola Valsenio	n. Utenti	16	n. pasti	2.679
Castel Bolognese	n. Utenti	28	n. pasti	6.592
Faenza	n. Utenti	87	n. pasti	17.186
Riolo Terme	n. Utenti	22	n. pasti	3.555
Solarolo	n. Utenti	23	n. pasti	5.701

### TOTALE TELESOCORSO

Anno 2007

Comune di:

Brisighella	n. utenti	3
Casola Valsenio	n. utenti	0
Castel Bolognese	n. utenti	5
Faenza	n. utenti	26
Riolo Terme	n. utenti	1
Solarolo	n. utenti	2

Anno 2008 01.01.2008 – 31.12.2008

Comune di:

Brisighella	n. utenti	3 + 1 FRNA
Casola Valsenio	n. utenti	0
Castel Bolognese	n. utenti	5
Faenza	n. utenti	20 + 9 FRNA
Riolo Terme	n. utenti	1 FRNA
Solarolo	n. utenti	1

### ABBONAMENTO ATM: TARIFFE AGEVOLATE

Anno 2007

Comune di Faenza

n. 106 anziani e portatori di handicap

Anno 2008

Comune di Faenza

n. 101 anziani e portatori di handicap

## SOGGIORNI ESTIVI PER ANZIANI

**Anno 2007**

<b>Comune di:</b>	
<b>Brisighella</b>	<b>1 soggiorno n. 30 partecipanti</b>
<b>Casola Valsenio</b>	<b>Non effettuati</b>
<b>Castel Bolognese</b>	<b>Non effettuati</b>
<b>Faenza</b>	<b>4 soggiorni n. 250 partecipanti</b>
<b>Riolo Terme</b>	<b>Non effettuati</b>
<b>Solarolo</b>	<b>1 soggiorno n. 22 partecipanti</b>

**Anno 2008**

<b>Comune di:</b>	
<b>Brisighella</b>	<b>1 soggiorno n. 30 partecipanti</b>
<b>Casola Valsenio</b>	<b>Non effettuati</b>
<b>Castel Bolognese</b>	<b>Non effettuati</b>
<b>Faenza</b>	<b>4 soggiorni n. 248 partecipanti</b>
<b>Riolo Terme</b>	<b>Non effettuati</b>
<b>Solarolo</b>	<b>1 soggiorno n. 20 partecipanti</b>

## SOGGIORNI ESTIVI GIORNALIERI

	<b>Anno 2007</b>		<b>Anno 2008</b>
<b>Comune di:</b>		<b>Comune di:</b>	
<b>Brisighella</b>	<b>Non effettuati</b>	<b>Brisighella</b>	<b>2 turni n. 30 partecipanti</b>
<b>Casola Valsenio</b>	<b>Non effettuati</b>	<b>Casola Valsenio</b>	<b>Non effettuati</b>
<b>Castel Bolognese</b>	<b>3 turni n. 145 partecipanti (di cui 18 di Riolo Terme)</b>	<b>Castel Bolognese</b>	<b>2 turni n. 153 partecipanti (di cui 20 di Riolo Terme)</b>
<b>Faenza</b>	<b>3 turni n. 460 partecipanti</b>	<b>Faenza</b>	<b>3 turni n. 463 partecipanti</b>
<b>Riolo Terme</b>	<b>Insieme con Castel Bolognese</b>	<b>Riolo Terme</b>	<b>Insieme con Castel Bolognese</b>
<b>Solarolo</b>	<b>3 turni n. 35 partecipanti</b>	<b>Solarolo</b>	<b>3 turni n. 35 partecipanti</b>



<b>INIZIATIVE RICREATIVE VARIE</b> Anno 2008	<b>GINNASTICA PER LA TERZA ETA</b> Anno 2007/2008	<b>CENTRI SOCIALI RICREATIVI</b> Anno 2008
Comune di: <b>Brisighella</b> <b>Incontri, feste,</b> <b>conferenze</b>	Comune di: <b>Brisighella</b> <b>n. 3 corsi n. 50 iscritti</b>	Comune di: <b>Brisighella</b> <b>n. 3 Centri Sociali</b>
<b>Casola Valsenio</b> <b>In collaborazione con</b> <b>Centro Sociale</b>	<b>Casola Valsenio</b> <b>n. 1 corso n. 15 iscritti</b>	<b>Casola Valsenio</b> <b>n. 1 Centro Sociale</b>
<b>Castel Bolognese</b> <b>Feste</b>	<b>Castel Bolognese</b> <b>n. 1 corso n. 106 iscritti</b>	<b>Castel Bolognese</b> <b>n. 1 Centro Sociale</b>
<b>Faenza</b> <b>Incontri, feste, conferenze,</b> <b>Natale Insieme</b>	<b>Faenza</b> <b>n. 27 corsi n. 528 iscritti</b>	<b>Faenza</b> <b>n. 7 Centri Sociali</b>
<b>Riolo Terme</b> <b>Le organizza il Centro</b> <b>Sociale</b>	<b>Riolo Terme</b> <b>n. 1 corso n. 15 iscritti</b>	<b>Riolo Terme</b> <b>n. 1 Centro Sociale</b>
<b>Solarolo</b> <b>Incontri, feste,</b> <b>conferenze</b>	<b>Solarolo</b> <b>n. 1 corso n. 24 iscritti</b>	<b>Solarolo</b> <b>Non presenti</b>

## **ASSEGNAZIONE ORTI**

**Anno 2007**

**Comune di:**

**Brisighella**            **0 Orti**  
**Casola Valsenio**    **0 Orti**  
**Castel Bolognese** **102 orti**  
**Faenza**                **310 orti**  
**Riolo Terme**         **30 orti**  
**Solarolo**             **30 orti**

**Anno 2008**

**Comune di:**

**Brisighella**            **0 Orti**  
**Casola Valsenio**    **0 Orti**  
**Castel Bolognese** **116 orti**  
**Faenza**                **379 orti**  
**Riolo Terme**         **31 orti**  
**Solarolo**             **32 orti**

<b>SERVIZI SEMIRESIDENZIALI</b>						
<b>CENTRI DIURNI</b>	ANNO	n.posti	onere a rilievo sanitario	giorni maturati		
	<b>ANNO 2007</b>	<b>99</b>	<b>16,80/21,95</b>	<b>24.535</b>		
	<b>ANNO 2008</b>	<b>99</b>	<b>17,45/22,80</b>	<b>26.784</b>		
	<b>% incremento giorni</b>				<b>9,17%</b>	

### **STRUTTURE RESIDENZIALI CONVENZIONATE ANNO 2008**

<b>DENOMINAZIONE</b>	<b>COMUNE</b>	<b>POSTI CONVENZIONATI</b>	<b>POSTI AUTORIZZATI</b>
<b>RSA di Brisighella (CHIUSURA 07/12/2008)</b>	<b>Brisighella</b>	<b>24</b>	<b>24</b>
<b>RSA S. Umiltà</b>	<b>Faenza</b>	<b>20</b>	<b>20</b>
<b>TOTALE POSTI RSA</b>		<b>44</b>	<b>44</b>

### **CASE PROTETTE**

<b>DENOMINAZIONE</b>	<b>POSTI CONVENZIONATI</b>	<b>POSTI AUTORIZZATI</b>	<b>COMUNE</b>
<b>CP Lega-Zambelli*</b>	<b>30</b>	<b>31</b>	<b>BRISIGHELLA</b>
<b>CP S. Antonio Abate</b>	<b>19</b>	<b>24</b>	<b>CASOLA VALSENIO</b>
<b>CP Camerini **</b>	<b>34</b>	<b>38</b>	<b>CASTEL BOLOGNESE</b>
<b>CP Morri-Abbondanzi-Montuschi</b>	<b>112</b>	<b>115</b>	<b>FAENZA</b>
<b>CP S. Umiltà</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>FAENZA</b>
<b>Nucleo Alzheimer (sperimentale)</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>FAENZA</b>
<b>CP S. Maglorio</b>	<b>40</b>	<b>40</b>	<b>FAENZA</b>
<b>CP Stacchini</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>FAENZA</b>
<b>CP Bennoli</b>	<b>25</b>	<b>47</b>	<b>SOLAROLO</b>
<b>CP VILLA BELLA</b>	<b>17</b>	<b>69</b>	<b>RIOLO TERME</b>
<b>CP "S.Caterina e don Ciani"</b>	<b>2</b>	<b>9</b>	<b>FOGNANO BRISIGHELLA</b>
<b>TOT. POSTI CASE PROTETTE</b>	<b>339</b>	<b>433</b>	

Tasso di posti convenzionati in case protette e RSA in rapporto alla popolazione con più di 75 anni nel Distretto all'01.01.2008 pari al 3,5%

## SERVIZI RESIDENZIALI

		n.posti	onere a rilievo sanitario medio	giorni maturati
<b>CASE PROTETTE</b>	ANNO 2007	333	31,07	119.741
	ANNO 2008	339	32,25	120.970
<b>RSA</b>	ANNO 2007	66	36,55	20.729
	ANNO 2008	44	37,4	11.654

## RICOVERI DI SOLLIEVO DGR 1206/07

			n.ricoveri	giorni maturati	giorni di proroga oltre i 30	totale giorni
<b>Ricoveri di sollievo DGR 1206/07 da aprile 2008</b>	ANZIANI	residenziali	62	1.614	310	1.924
		semiresidenziali	1	26		26
	DISABILI		7	175		175

## ASSEGNO DI CURA ANZIANI

	n.contratti attivi al 01.01			n.contratti attivati			totale n.contratti			n.persone che hanno usufruito	Lista d'attesa al 31.12					
											NUOVI			RINNOVI		
	TIPO A	TIPO B	TIPO C	TIPO A	TIPO B	TIPO C	TIPO A	TIPO B	TIPO C		TIPO A	TIPO B	TIPO C	TIPO A	TIPO B	TIPO C
<b>ANNO 2007</b>	<b>117</b>	<b>128</b>	<b>31</b>	<b>67</b>	<b>278</b>	<b>61</b>	<b>184</b>	<b>406</b>	<b>92</b>	<b>592</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	16	0	12	27
<b>ANNO 2008</b>	<b>108</b>	<b>250</b>	<b>32</b>	<b>88</b>	<b>272</b>	<b>54</b>	<b>196</b>	<b>522</b>	<b>86</b>	<b>718</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>39</b>	<b>0</b>	<b>63</b>	48
<b>Lista d'attesa rinnovi al 31.08.2008</b>													<b>0</b>	<b>187</b>	<b>46</b>	

**CONTRIBUTI ASSISTENTI FAMILIARI CONCESSI ANNO 2008: N.105**

## ASSEGNO DI CURA DISABILI DGR 1122

	n.contratti attivi al 01.01		n.contratti attivati		totale n.contratti		n.persone che hanno usufruito	Lista d'attesa al 31.12	
	15,49	10,33	15,49	10,33	15,49	10,33		15,49	10,33
<b>ANNO 2007</b>	<b>16</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>18</b>	<b>7</b>	<b>25</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>ANNO 2008</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>13</b>	<b>4</b>	<b>21</b>	<b>9</b>	<b>30</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

## **ASSEGNO DI CURA DISABILI GRAVISSIMI DGR 2068**

	n. contratti attivi al 01.01	n. contratti attivati	totale n. contratti	n. persone che hanno usufruito	Lista d'attesa al 31.12
<b>ANNO 2007</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>0</b>
<b>ANNO 2008</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>0</b>

**TABELLA RIEPILOGATIVA RISORSE PIANO DISTRETTUALE NON AUTOSUFFICIENZA - ANNO 2008**  
**(FRNA, FRNA aziendale quota indistinta, FNA, COMUNI sola quota vincolata a completamento del finanziamento degli interventi che gravano sul Fondo)**

	<b>FRNA</b>	<b>FRNA Aziendale (quota indistinta per disabili gravi)</b>	<b>FNA</b>
<b>Residenzialità</b>	<b>4.572.353,00</b>	<b>150.000,00</b>	
<b>Semiresidenzialità</b>	<b>543.313,00</b>		
<b>ADI</b>	<b>350.500,00</b> <b>(anziani e disabili)</b>		<b>27.524,00</b>
<b>Dimissioni protette</b>	<b>250.000,00</b>		
<b>Pasti e Telesoccorso</b>	<b>23.500,00</b>		
<b>Stimolazione cognitiva</b>	<b>15.000,00</b>		
<b>Posti di sollievo</b>	<b>198.250,00</b> <b>(181.303,94 anziani e</b> <b>16.946,06 disabili)</b>		
<b>Assegno di cura – assistenti familiari</b>	<b>1.076.146,54</b>	<b>100.000,00</b>	<b>100.000,00 *</b> <b>(disabilità)</b>
<b>Qualificazione lavoro di cura</b>			<b>22.276,00 **</b>
<b>Adattamento domestico</b>	<b>50.000,00</b>		
<b>Sostegno alla fragilità</b>	<b>25.000,00</b> <b>50.000,00</b>		
<b>Sviluppo punti accesso</b>			<b>52.233,00</b>
<b>TOTALI</b>	<b>7.154.062,54</b>	<b>250.000,00</b>	<b>202.033,00</b>





## Piano di Zona per la salute e il benessere sociale 2009-2011

### c) L'INTEGRAZIONE DELLE POLITICHE - UNA POLITICA PER LA CASA: IL FUTURO DELLA CITTÀ Il ruolo del Piano Strutturale nella politica della casa

Solo attraverso la pianificazione è ipotizzabile portare a sintesi le questioni dell'abitare.

La soluzione non è quella di costruire più case, pensando esclusivamente ad investimenti di mercato, bensì di immaginare la casa del futuro, flessibile, economica, sostenibile, integrata; un futuro che oggi facciamo fatica a decifrare essendo più semplice adagiarsi sulle posizioni acquisite, che però pian piano sono messe sempre più in discussione.

Questo è il compito della pianificazione strutturale; individuare scorci di futuro in un sistema bloccato come quello dell'edilizia abitativa.

Il PSC a differenza del passato stabilisce che un 20% del suo stock edilizio confluisce nella cosiddetta "casa agevolata". Una rivoluzione se immaginiamo che negli ultimi 20 anni (che sono la durata del PSC) non sono stati, di fatto, costruiti quartieri pubblici.

#### I punti di partenza: alcuni dati

Proiezione in Ambito faentino della popolazione, numero famiglie e componenti per famiglia al 2024, ipotizzando costante l'andamento del quinquennio 2001/2006

(fonte: servizio statistico provinciale)

	Situazione Attuale			Proiezione al 2024			Variazione 2006/2024	
	Popolazione	Famiglie	Numero componenti famiglie	Popolazione	Famiglie	Numero componenti famiglie*	+/- N Popolazione	+/- N Famiglie
Brisighella	7.682	3.337	2,30	8.301	3.689	2,25	+619	+352
Casola Valsenio	2.791	1.183	2,36	2800	1.244	2,25	+9	+61



Castel Bolognese	9.025	3745	2,41	11.876	5.278	2,25	+2.851	+1.533
Faenza	55.504	23.632	2,35	62.193	27.641	2,25	+6.689	+4.009
Riolo Terme	5.556	2.270	2,45	6.366	2.829	2,25	+810	+559
Solarolo	4.311	1.735	2,48	4.685	2.082	2,25	+374	+347
Ambito faentino	84.869	35.902	2,36	96.040	42.684	2,25	+11.171	+6.782

\* la proiezione del numero di componenti per famiglia è stata effettuata analizzando congiuntamente il saldo naturale ed il saldo migratorio.

Gli appartamenti nella nuova area di espansione, ipotizzati da oggi al 2024 nei 6 Comuni, oltre a quelli previsti dai PRG vigenti sono :

Brisighella	100 -	200
Casola Valsenio	50 -	100
Castel Bolognese	1.250 -	1.700
Faenza	3.200 -	4.400
Riolo Terme	300 -	400
Solarolo	100 -	200
<hr/>		
Totale	5.000 -	7.000

Proiettando questi dati sulla struttura dei centri urbani, si evidenzia che, in misura maggiore nei Comuni di Faenza e, Castel Bolognese e, in proporzione, anche negli altri, è necessario prevedere servizi aggiuntivi tra cui:

- Servizi pre-scolastici per tutta la scuola dell'obbligo, integrazione stranieri e aggregazione anziani,
- Servizi sanitari di base e di assistenza della popolazione anziana integrando con assistenza domiciliare, case protette, centri diurni, ecc...,
- Disponibilità di alloggi a prezzo o affitto più contenuto, variamente distribuiti in ambito urbano, per favorire la massima integrazione.

**La casa come momento di crescita della città**

In passato il mercato della casa era chiaramente distinto in due segmenti: quello privato, con le sue regole, e quello pubblico, volto prioritariamente alla edilizia sociale.

Da tempo, con il fallimento dei PEEP, quest'ultimo segmento è andato via via assottigliandosi fino quasi a scomparire, tanto da poter affermare che l'ultimo grande piano per la casa è stato quello INA, promosso da Fanfani negli anni '50 (per la durata di 14 anni)

E' necessario riattivare il meccanismo (ma senza idee strategiche le risorse non ci sono) in quanto solo con una mirata politica della casa è possibile attrarre nella città persone e investimenti, quindi un'offerta mista che l'Ente pubblico deve promuovere e che non guarda solo alla casa sociale, ma anche ad altri segmenti di popolazione.

Il PSC si pone il problema dell'attrazione di abitanti temporanei e permanenti.

Un territorio si sviluppa più di altri, mantenendo le posizioni nel tempo, se una parte dei suoi abitanti intraprende attività innovative e creative, non solo legate ai servizi, ma anche alla produzione. I territori (in altri ambiti geografici) si contendono questi afflussi, in quanto è dalla propensione all'innovazione di una parte degli abitanti che dipende la crescita della città nel suo complesso. Alla luce del trend demografico delle classi di età, che non è a favore di uno sviluppo innovativo o anche solo del mantenimento dell'attuale livello di vita (meno giovani, più anziani), si individuano nell'ambito del PSC, alcune azioni per favorire lo scambio fra scuola e nuove esigenze del mercato del lavoro. L'obiettivo è quello di attrarre i migliori studenti, di trattenere i giovani laureati, ricercatori, creativi all'interno del nostro territorio.

**1 Azione strategica: residenza permanente a prezzo convenzionato e affitti a canone concordato per giovani laureati, creativi, ecc.**

Vengono messe a disposizione le aree acquisite gratuitamente (nell'ambito di accordi, perequazioni, ecc.) cedendole a prezzi contenuti (e in alcuni casi simbolici) a operatori, che riservano una parte di alloggi a queste categorie di utenti (da scegliere con bandi pubblici al fine di attirare persone dall'esterno). Una quota del patrimonio pubblico, (che non rientra fra quello dell'edilizia residenziale pubblica) può essere riservato alle categorie di utenti sopra indicate.

**2 Azione strategica: residenza temporanea per studenti**

Con le tecniche di cui alla precedente azione, una percentuale di appartamenti viene riservata all'affitto fortemente agevolato per studenti (con bando). Nel Comune di Faenza va decisamente sostenuta l'iniziativa di creare un centro di ricettività per studenti, anche europei, all'interno del complesso ex Salesiani, che sia in grado, per la competitività dei prezzi, di accogliere anche studenti che frequentano università vicine.

### **3 Azione strategica: locali in uso a creativi e imprenditori innovativi**

Con le strategie urbanistiche i Comuni acquisiscono unità immobiliari (al piano terra di edifici) o piccole aree già urbanizzate. Sulla base di bandi pubblici, questi spazi, a prezzi decisamente contenuti (e in alcuni casi simbolici), possono essere messi a disposizione per queste categorie di soggetti. Nel caso di unità immobiliari (per quanto riguarda Faenza) sono da preferire le attività ceramiche, gli artisti, ecc. che, a fronte della locazione a prezzo simbolico devono rispettare un programma concordato di attività. Nel secondo caso, le aree già urbanizzate, possono essere cedute, a prezzi contenuti, (con adeguate garanzie e clausole per evitare speculazioni) a piccole imprese innovative, sulla base di un programma di investimento.

#### **La casa del futuro: nuove strategie**

- |  |   |
|--|---|
| 1- la casa sociale<br>(quartieri prevalentemente pubblici)   | (edilizia pubblica e locazione sostenibile per 8 anni e 25 anni)  |
| 2- la casa sperimentale  | (autocostruzione totale – autocostruzione parziale)   |
| 3- la casa stagionale e per lavoratori<br>(quartieri prevalentemente pubblici)                       | (in campagna promuovere l'accoglienza per lavoratori stagionali e case per lavoratori realizzate dagli industriali) |
| 4- la casa per attirare<br>(bandi pubblici e incentivi per attirare particolari categorie di utenti) | (affitto agevolato e proprietà agevolata per attrarre popolazione qualificata)                                      |

#### **In che modo ottenere aree e alloggi**

Molteplici devono essere le strategie che la pianificazione mette in campo per ottenere aree dai privati senza costi e alloggi per l'affitto in cambio di riconversioni urbanistiche.

Rientra, ormai, nelle consuetudini urbanistiche che, nel caso di riutilizzo di aree dismesse, una percentuale di unità su indicazione del Comune, venga destinata alla locazione a termine.

Con lo stesso criterio va affrontato il tema dei lavoratori stagionali, temporanei, ma anche permanenti.

L'Europa e l'Italia sono ricche di esempi di quartieri per lavoratori, realizzati fino alla metà del '900, e che oggi sono esempi di architetture di qualità, addirittura da additare come modello di integrazione. Nelle nuove zone di trasformazione è essenziale che una parte delle superfici sia riservata (non come facoltà, ma come obbligo) alle funzioni aggregative sopracitate. Inoltre, una parte delle aree produttive va utilizzata (in percentuale rispetto alla possibilità edificatorie) per una residenza economica, con una qualità architettonico/ambientale alta. Una città che si espande deve pensare, in primo luogo, a dove fare alloggiare chi lavora; assicurando, in primis, alloggi in affitto o a basso costo, per evitare situazioni di degrado o per l'impossibile accesso al libero mercato. L'obiettivo è che qualunque intervento, medio o grande che sia, debba partecipare a questa offerta di residenza per lavoratori, che oltre ad alleviare concrete situazioni di disagio, contribuisce a rendere più viva la periferia. Quello della residenza economica ai lavoratori è un argomento quanto mai attuale; non affrontarlo in questa fase significa dover risolvere il problema, non si sai poi con quali mezzi, in un futuro molto prossimo. Faenza si è già distinta dal 1996 per avere abbandonato la politica dei PEEP, che necessitano di espropri sempre problematici, individuando, in alternativa, soluzioni concertate coi privati al fine di garantire comunque il ruolo del Comune nella offerta di case economiche. La residenza collegata all'attività è stata ampiamente sperimentata in Italia, in molti casi con risultati di maggiore qualità rispetto alla cosiddetta edilizia libera; a volte sono piccolissimi quartieri, inseriti nel verde, ispirati ad un paternalismo aziendale, di forme domestiche e tipologia tradizionale, con piccolo orto, e con una dignità formale e una gerarchia stilistica attenta a mediare il rapporto fra lo spazio del lavoro e l'abitazione.

Nelle zone di espansione (caratterizzate dalla produzione) si individuano, così, fasce funzionali per il lavoro e il commercio sui fronti strada, per la residenza aziendale inserita in piccoli comparti di verde e per la ricreazione all'interno del sistema dei servizi.

Valorizzare le vecchie zone produttive significa decentrare in quegli ambiti anche funzioni pregiate, attinenti la ricreazione, i servizi pubblici, e attività private, pur a valenza produttiva, ma in grado di fungere da polo di attrazione.

Un argomento di grande criticità è rappresentato dal patrimonio pubblico di aree edificabili; alla necessità del Comune di disporre, per le più svariate esigenze di interesse generale, (finanziamenti pubblici, residenza per i ceti meno abbienti, lotti produttivi a costi contenuti, possibilità di effettuare permuta, ecc) di aree per case economiche il mercato privato ha conservato ovvie rigidità nel corrispondere a tali esigenze. Alcuni comuni hanno affrontato il tema dell'acquisizione concertata di terreni in maniera episodica e, sostanzialmente, solo il Comune di Faenza (agevolato anche per le dimensioni del mercato), anticipando la L.R. 20/2000, ha attivato, dal 1996, numerosi accordi urbanistici che hanno consentito di acquisire al patrimonio comunale una notevole quantità di aree edificabili. Questo non toglie che, in riferimento all'intero territorio, tenuto conto della sostanziale difficoltà nel promuovere espropri, questo aspetto rappresenti una criticità importante, dal momento che alcuni comuni non si sono mai orientati verso questa ineludibile strategia. Su questo argomento, il Comune di Faenza, dal 1998, adottando tecniche perequative e accordi incentivanti, ha

ottenuto gratuitamente aree per l'edilizia residenziale, fino al 60% delle superfici territoriali, e fino al 15% di superficie già urbanizzata per attività economiche.

La Provincia di Ravenna e il Comune di Faenza, nell'ambito di un accordo territoriale del 2005, hanno affrontato questo argomento, come si evince da una sintesi della relazione: *".. E' ormai prassi urbanistica ricorrente che una parte delle aree di nuova urbanizzazione sia riservata alla collettività (a costo zero), da utilizzare poi per finalità sociali, pubbliche, attività innovative, ecc.*

La lettura dello scenario abitativo, confrontata con la dimensione del fenomeno dell'immigrazione, porta a rendere sistematiche alcune tecniche già sperimentate con il vigente PRG di Faenza, vale a dire una pluralità di direzioni, che consentono di offrire appartamenti idonei anche a questa categoria di utenti.

In particolare si prefigurano le seguenti esigenze:

- Acquisizione, attraverso la perequazione di una quantità di aree finalizzate all'edilizia sociale, convenzionata e anche da utilizzare come patrimonio disponibile per elevare la integrazione sociale e di servizi,
- favorire attraverso gli incentivi la realizzazione di alloggi in affitto (promossi anche i titolari di attività economiche ed imprenditoriali).

Siccome la gran parte delle famiglie è proprietaria di case, è necessario sbloccare il mercato dell'affitto, al fine di limitare anche i freni alla crescita economica. Per aumentare lo stock di appartamenti in affitto, oltre ai tradizionali interventi pubblici, ci si dovrà orientare verso l' housing sociale con collaborazioni pubblico/privato ed incentivi per affitti a costo basso; affitti che dovranno privilegiare soprattutto giovani (ad esempio tra i 25 e 35 anni), senza distinzioni di reddito, essendo questa una misura di sviluppo per potenziare la struttura economica/sociale del territorio.

La strategia per la scelta dei nuovi ambiti da trasformare dovrà confrontarsi con questi ineludibili obiettivi.

Il patrimonio pubblico di aree acquisito gratuitamente attraverso la perequazione, assolve a varie funzioni, fra le quali più importanti sono:

- patrimonio disponibile per azioni di interesse generale (permute, vendite, ecc.);
- inserimento di edilizia residenziale sociale e finanziamenti pubblici;
- acquisizione di spazi pubblici e relative attrezzature;
- realizzazione di quartieri ecologici sperimentali e innovativi di iniziativa Pubblica;
- mettere a disposizione le aree per attività economiche innovative, promozione di attività aggregative, sociali, sportive, assistenziali, ecc.;
- compensare i proprietari che demoliscono gli edifici particolarmente incompatibili in ambito rurale.

## Come costruire i quartieri del futuro

Ecoquartieri mediterranei: una risposta di integrazione

Di sicuro, l'autentica città europea non è razionale, non discende da un modello preconstituito; è il frutto di una sedimentazione di usi, di opportunità, di compenetrazioni fra culture, di necessità urbane, di ideali da rappresentare, tanto che il risultato complessivo non si identifica con un gesto progettuale coerente e decifrabile.

Per i nuovi quartieri mediterranei verrebbe da dire che le "favelas" hanno molto più da insegnare agli urbanisti di oggi, del quartiere sperimentale Weissenhof di Stoccarda del 1926.

I centri storici europei sono a testimoniare questa formazione anticlassica e rappresentano tutt'ora la risposta insediativa più avvincente, che meglio favorisce l'integrazione economica/sociale/culturale.

Da queste soluzioni, derivate dalla storia, attualizzate dalla più vivace cultura contemporanea, occorre attingere per creare la città del futuro, quale mosaico di ecoquartieri mediterranei.

Se le sfilacciate periferie della prima generazione dovranno evolversi e maturare, attraverso operazioni di saturazione edilizia, occupazione degli spazi fronteggianti le strade, umanizzazione degli spazi pubblici e alta sostenibilità energetica, è nei nuovi quartieri mediterranei che avverrà la sfida per un diverso modello insediativo, capace di soddisfare le esigenze di identificazione di una crescente popolazione multietnica.

E' necessario acquisire la consapevolezza, dopo decenni di pausa, che la forma del quartiere non è indifferente alle esigenze di socialità e sostenibilità

E' l'aspetto decisivo: e la risposta è una forma urbana compatta, fortemente radicata al suolo, che lascia il dovuto respiro anche ad esigenze espressive individuali e che si snoda in un'alternanza di pieni e vuoti, attribuendo alla piazza il ruolo di elemento generatore di spazio.

Conseguentemente la densità fisica rappresenta un insieme organico predisposto ad ospitare una popolazione eterogenea, con attività e funzioni diverse ai piani terra, in stretta relazione ad un spazio pubblico dinamico.

Solo questo sistema, complesso, denso e poroso, che guarda alla storia insediativa europea, in antitesi alla semplice addizione di isolate architetture, si presta a raggiungere quel livello di sostenibilità totale che va ben oltre l'auspicato consumo energetico zero.

Il quartiere è l'unità urbana più vicina alla vita dei cittadini e, al tempo stesso, luogo di vita familiare, sociale ed economica.

Un eco quartiere non nasce da uno sporadico gesto creativo accattivante, bensì trae linfa da due momenti progettuali ineludibili:

1. un ecoquartiere nasce solo da una pianificazione generale sostenibile
2. un ecoquartiere tiene conto di una progettazione partecipata

L'obiettivo è quello di progettare, fin dalla scala urbanistica di quartiere, insediamenti con al centro l'uomo e le sue relazioni.

Le linee guida urbanistiche principali dei quartieri ecosostenibili riguardano le modalità aggregative degli spazi liberi e costruiti: innanzitutto, il corretto orientamento delle case verso il sole, per ridurre i consumi energetici con una progettazione che crei una filigrana di corti e ambienti protetti, quindi una elevata densità edilizia associata al mix di funzioni e alla contiguità delle costruzioni.

In sostanza, sono quartieri di architettura contemporanea che si ispirano ai modelli sociali e aggregativi dei centri storici.

A livello di applicazione pratica si sono riassunte, in 10 punti, altrettante regole prestazionali a cui devono rispondere i quartieri di Biourbanistica.

1) Il Clima acustico

Da affrontare con il progetto urbanistico creando, ove possibile, “isole silenziose” con piazze e parchi preclusi alle auto.

2) La sicurezza sismica e urbana

Progettazione di un disegno urbano che tenga conto della massima sicurezza urbana e in caso di evento sismico.

3) La sicurezza idraulica e il riuso delle acque

Tutte le acque meteoriche vanno raccolte, conservate, riutilizzate senza disperderle.

4) La Bioedilizia e la sostenibilità

Edifici costruiti con materiali che privilegiano tecniche naturali, la permeabilità dei suoli, i tetti giardino, le pareti verdi, una impiantistica che limiti i consumi, il corretto orientamento e isolamenti adeguati, sono i principali elementi con i quali affrontare il progetto.

5) Le tipologie libere e la densità

Le esigenze individuali e la massima espressività, vengono esaltate in quartieri modernissimi, densi, contigui, che guardano ai centri antichi, non come riedizione, ma come modello ideale di grande integrazione sociale e funzionale.

6) Gli spazi pubblici e l'integrazione sociale

Quartieri gravitano attorno ad una successione di piazze/spazi pubblici, collegati da percorsi, che diventano luogo di incontro a forte integrazione per i cittadini, con spazi coperti per il ritrovo sociale e l'inserimento di innovativi spazi gioco.

7) Le energie alternative

Sistemi di teleriscaldamento, con pannelli solari e fotovoltaici che integrano le esigenze di energia degli edifici e assolvono totalmente ai consumi per la illuminazione pubblica e per gli ambienti pubblici. Si stabilisce il principio dell'utilizzo del calore prodotto da attività, evitandone la dissipazione in atmosfera.

8) La viabilità a misura d'uomo e senza barriere

Non solo auto, bensì una viabilità a misura d'uomo con ampie pertinenze per piste ciclabili e marciapiedi, che si integrano con le alberate stradali; il viale alberato, oltre al sistema di piazze, è il punto di partenza del progetto, per una "città senza barriere".

9) Un quartiere dinamico

La diversità tipologica si sposa con una molteplicità di funzioni compatibili, per rendere vivo il quartiere, aumentando le dinamiche relazionali, e per renderlo più fruibile, elevando il senso di sicurezza dei cittadini.

10) La qualità architettonica urbana: l'identità e riconoscibilità

Più ci si allontana dal centro e più è necessario dare identità ai quartieri con edifici di adeguato livello architettonico, aumentando la qualità degli spazi pubblici, caratterizzandoli anche con installazioni artistiche; imprimere dei segnali, fin dalla scala d'impostazione, costituisce la premessa perché quel luogo sia piacevole.





## Piano di Zona per la salute e il benessere sociale 2009-2011

### GLI OBIETTIVI STRATEGICI TRIENNALI DI SALUTE E BENESSERE SOCIALE

#### Relazione alle azioni prioritarie da realizzare in relazione alle direttive regionali e a quanto contenuto nell'atto di indirizzo e coordinamento della CTSS di Ravenna.

L'istruttoria che ha preceduto l'elaborazione degli strumenti di programmazione sociosanitaria, anche con iniziative pubbliche aperte a tutti i soggetti interessati alle politiche di salute e di benessere, e ancor prima lo stesso Atto di indirizzo e di coordinamento, hanno comportato un'attenta analisi del contesto sociale di riferimento. Ne è emersa una sorta di "fotografia" del territorio di tutti i Comuni della zona sociale che non si è limitata ad analizzare dati statistici, ma che ha tentato di approfondire la solidità del "capitale sociale". Tale concetto fa riferimento alla coesione sociale della comunità, con riferimento in particolare alla qualità delle relazioni, alla possibilità di investire in rapporti di fiducia, alla presenza di una rete di sostegno solida e al grado di condivisione delle regole.

Salute e benessere rappresentano, infatti, obiettivi che non dipendono solamente dalle azioni dei Comuni e dell'AUSL, ma che sono il frutto in misura significativa dell'apporto dei singoli, delle organizzazioni di volontariato e di tutti i soggetti pubblici e privati che si dimostrano disponibili a creare una rete di sostegno per i più fragili e, più in generale, di promozione del benessere per tutta la comunità.

La condizione di salute, in senso ampio, rappresenta quindi il risultato di un **"fare insieme"** in cui è coinvolta l'intera comunità, come dimostra la considerazione che nel territorio molti interventi a valenza sociale, culturale e assistenziale sono resi possibili grazie all'apporto di una vivace ed efficiente rete di volontariato formata da singoli e da associazioni.

Gli obiettivi e le azioni indicati negli strumenti di pianificazione sociosanitaria, sono coerenti con le direttive regionali che assegnano parte delle risorse necessarie per la loro attuazione.

Le Province operano per il coordinamento e l'elaborazione dei Piani Provinciali, riferiti alle specifiche aree, raccordandoli con i Piani delle zone Sociali e, più in generale, promuovono l'integrazione fra le diverse politiche (formazione, lavoro, trasporti, ambiente, etc..).

L'Azienda Unità Sanitaria Locale di Ravenna si impegna a garantire, per quanto di propria competenza, il perseguimento degli obiettivi strategici definiti nell'atto di indirizzo e coordinamento per il governo dell'area dell'integrazione socio-sanitaria, tenendo conto anche del processo di definizione del PAL.

Il Piano Sociale e Sanitario, per quanto riguarda il contesto regionale e l'atto di indirizzo e di coordinamento con l'allegato profilo di comunità hanno evidenziato, per la Provincia di Ravenna un contesto di ampio e diffuso benessere, in cui tuttavia si sta assistendo a progressivi fenomeni di impoverimento dovuti ad una contingenza economica critica, come quella che sta interessando questo periodo a livello globale e al concatenarsi di eventi sfavorevoli cui è esposto ogni nucleo familiare.

La problematica del contrasto alla povertà e all'esclusione sociale rappresenta un tema legato agli interventi caratterizzati da un significativo livello di integrazione sociale e sanitaria.

Il Comune di Faenza ha intrapreso da anni un percorso finalizzato a realizzare l'obiettivo di "Territorio socialmente responsabile", diretto a conseguire lo sviluppo economico, civile e culturale, la coesione sociale ed il benessere delle persone che in quel territorio vivono. Il Comune di Faenza ha aderito in quest'ottica alla rete europea REVES, rete europea di autorità locali e di soggetti dell'economia sociale. Nello sviluppo di una strategia di sistema in merito al tema dell'inclusione sociale e lavorativa delle persone svantaggiate si colloca anche l'adesione del Comune di Faenza al progetto Equal "AGAPE".

In effetti, mentre da una parte le cosiddette "**nuove povertà**" interessano soggetti che cadono in una condizione di fragilità a seguito di un evento che determina la "rottura della normalità", dall'altra **l'esclusione sociale** caratterizza cittadini con bisogni a volte molto complessi, anche di natura sanitaria.

In particolare in un numero di casi significativo si tratta di persone con disturbi psichiatrici ovvero di abuso di sostanze psicoattive, a volte anche combinati tra loro.

In questi casi vengono assicurati **servizi a livello territoriale** quali: forme di sostegno al reddito, supporto nei percorsi di accesso al lavoro tramite il S.I.I.L. ovvero con inserimenti in borsa lavoro.

Si tratta, come precisato anche nelle linee di indirizzo regionali, di un ambito di attività in cui maggiormente si rende necessario giungere ad una co-progettazione condivisa e all'individuazione di azioni sinergiche tra Servizi e possibilmente anche con soggetti privati, quali le cooperative sociali di tipo B. Tali interventi presuppongono una presa in carico condivisa e integrata con i Servizi Sanitari in grado di assicurare un progetto di vita e di cura che soddisfi complessivamente i bisogni di questo particolare target di popolazione. Tali forme di povertà presentano spesso anche serie difficoltà rispetto **all'accesso alla casa**, in quanto non dispongono di risorse sufficienti per corrispondere il canone di locazione. Su questo versante una risposta viene dalla disponibilità di alloggi ACER, assegnati con apposita graduatoria definita sulla base di criteri predefiniti, ovvero con procedura in deroga in casi eccezionali, secondo quanto previsto dai regolamenti, dalla possibilità di accedere, per i titolari di alloggi ERP al "Fondo ACER" ed al "fondo sociale per l'affitto" per chi si trova in un alloggio in locazione da privati.

In questa ultima ipotesi la valutazione viene effettuata collegialmente da parte dei referenti dei diversi servizi sociali e sanitari in modo da ponderare l'appropriatezza della risorsa abitativa nel contesto del più ampio progetto di vita e di cura, individuando le priorità in modo condiviso.

Tale approccio, che rimanda al più generale tema della valutazione e degli strumenti di presa in carico, sarà sviluppato nelle schede che afferiscono all'integrazione sociosanitaria con riferimento alle politiche per la non autosufficienza anche nel settore della salute mentale.

L'esigenza di attivare una **Unità di Valutazione Multidimensionale** composta da operatori dei servizi sociali e sanitari rappresenta un obiettivo da perseguire per tutti gli interventi e può essere realizzata con diversi strumenti tra loro coordinati e caratterizzati da un'organizzazione efficace, ma sostenibile rispetto all'obiettivo e agli interventi che si intendono erogare.

Per quanto riguarda i **sussidi economici e le borse lavoro**, oltre al ruolo dell'assistente sociale "Responsabile del caso" che elabora lo specifico progetto assistenziale, viene coinvolta la Commissione tecnico economica, che collegialmente valuta ogni singolo progetto assistenziale. L'erogazione dell'aiuto economico tiene conto della particolare situazione di bisogno dell'assistito, a partire dalle sue condizioni economiche che, di norma da Regolamento, non devono superare la soglia ISEE pari a € 7.500,00. Tale aspetto non è ovviamente l'unico parametro in quanto vengono considerati, fra gli altri, anche la rete parentale che può sostenere il cittadino che accede ai servizi e la sua attuale condizione rispetto alla possibilità o meno di poter disporre di una stabile e adeguata condizione lavorativa, l'isolamento sociale e la povertà relazionale.

#### **I servizi a bassa soglia**

Tra le forme di sostegno alle persone che vivono in condizione di povertà, la legge 328 dell'8.11.2000, art. 22, comma 2 lett.a, prevede che il sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali appronti idonee "misure di contrasto della povertà, di sostegno al reddito e servizi di accompagnamento con particolare riferimento alle persone senza fissa dimora";

Il Piano attuativo di Zona per l'anno 2008 approvato con l'atto G.C. n. 1703/137 del 23.04.2008, ha confermato la presenza di servizi a bassa soglia, ovvero finalizzati a soddisfare bisogni primari, dando continuità alle azioni già intraprese.

Tale scelta trova conferma a seguito della lettura dei bisogni emergenti del territorio effettuata dall'apposito gruppo di lavoro a tal fine istituito dopo la prima conferenza zonale svoltasi nel mese di ottobre 2008, in vista dell'adozione dei Piani per la Salute e il Benessere Sociale per il periodo 2009 – 2011.

Come evidenziato dal Piano Sociale Sanitario 2008 – 2010, le cosiddette "nuove povertà" si segnalano in forte crescita, mentre si registra in misura significativa la presenza dei bisogni più tradizionali, ossia di **persone in condizioni di disagio grave e conclamato**, quasi sempre multidimensionale, che richiede modalità di intervento più complesse: persone in stato di povertà estrema e senza un domicilio, persone tossicodipendenti o alcolodipendenti, persone con disagio psichico, anziani poveri e soli, detenuti ed ex-detenuti, immigrati poveri e/o clandestini, persone che pur vivendo in appartamento hanno interrotto ogni vincolo sociale.

Il gruppo di lavoro che ha affrontato il tema dell'esclusione sociale e della povertà ha sottolineato un preoccupante incremento dell'utenza, anche italiana, presso servizi a bassa soglia, come il Centro di Ascolto gestito dall'Associazione "Farsi Prossimo" e il Banco Alimentare.

Pertanto il Comitato di Distretto nella seduta del 15.12.2008, ha confermato, in vista della prossima pianificazione sociosanitaria di zona per il periodo 2009 – 2011, l'erogazione anche di servizi a bassa soglia tramite Centro di Ascolto gestito dall'Associazione "Farsi Prossimo".

In sintesi l'attività svolta dall'Associazione "Farsi Prossimo" consiste nelle seguenti azioni:

- orientamento sui servizi sociali e sanitari che offre il territorio;
- confronto e dialogo con le Istituzioni e le associazioni della zona sociale;
- assistenza nella ricerca di possibili soluzioni abitative e di un'occupazione per persone in condizione di fragilità sociale;
- disponibilità di locali dotati di docce ed in cui gli utenti possono ricevere abiti, alimenti ovvero un servizio mensa,
- servizio di ospitalità notturna temporanea;
- la messa a disposizione di un ambulatorio in cui si effettua consulenza medica e, al bisogno, la somministrazione di alcuni farmaci ed interventi di educazione sanitaria.

Il servizio di prima accoglienza continuerà ad essere gestito dall'Associazione "Farsi Prossimo" di Faenza che opera in collegamento organico con la Caritas della Diocesi di Faenza-Modigliana. L'Associazione si è infatti dimostrata disponibile a dare continuità al proprio progetto di attività ed impegno solidaristico a favore delle situazioni delle povertà e più marginalizzanti (homeless, indigenti di passaggio, stranieri senza appoggi familiari e amicali, persone con disagio psichico o da dipendenze).

In questi anni pertanto, l'Associazione mediante il Centro di Accoglienza e Ascolto, ha svolto la sua funzione di presidio dell'area delle povertà estreme con buoni risultati, tenendo conto della sua scelta di principio di affidarsi totalmente al lavoro di operatori volontari, appositamente selezionati e formati.

Peraltro come risulta dai report che sono stati consegnati a conclusione dell'attività di ogni anno, l'Associazione ha incrementato la capacità di risposta ai bisogni della sua specifica tipologia di utenti, dimostrando di saper lavorare in rete con tutti i soggetti istituzionali del settore socio-sanitario (Servizi Sociali, Servizio Tossicodipendenze, Servizio di Salute Mentale), del settore della sicurezza pubblica (Polizia Municipale, Polizia di Stato, Carabinieri).

L'associazione "Farsi prossimo" ha confermato il suo atteggiamento attivo e propositivo, anche in occasione dell'elaborazione del Piano per la Salute e il Benessere Sociale 2009 - 2011, di prossima approvazione, in particolare partecipando attivamente all'apposito gruppo di lavoro, nonché al Tavolo territoriale cittadino sull'esclusione e la marginalità sociale.

L'Associazione, con i suoi volontari, nello specifico settore di intervento delle povertà estreme, a ragione anche della sua forte motivazione etica, appare la risorsa più efficace da impiegare per soddisfare i bisogni espressi da persone gravemente limitate nelle loro capacità di relazione con gli altri in generale e con i servizi sociali e sanitari in particolare;

In particolare, ai fini della partecipazione finanziaria ai costi di realizzazione del progetto stesso: viene definito, a titolo di rimborso spese a carico del Comune di Faenza, una somma pari a Euro 40.000,00, pur confermando la disponibilità ad aumentare la somma individuata, in relazione all'attività che verrà concordata con l'Associazione, tenuto conto delle risorse disponibili e degli indirizzi espressi dal Comitato di Distretto.

### **Azioni a favore della popolazione immigrata**

Il tema dell'attenzione nei confronti della popolazione immigrata si presenta in modo trasversale rispetto tutte le aree degli interventi a valenza sociosanitaria, come emerge dall'atto di indirizzo e coordinamento e dagli stessi lavori del gruppo istituito in vista dell'elaborazione dei piani per la salute per il benessere sociale.

Gli immigrati non possono essere un tema legato esclusivamente alla fragilità sociale, ma l'evoluzione del fenomeno ha portato all'emersione di bisogni che possono essere molto simili a quelli espressi dalle famiglie italiane senza, al tempo stesso, superare quelle esigenze che presentano di solito le popolazioni di recente immigrazione.

Il primo bisogno è costituito dalla scarsa conoscenza della lingua italiana a fronte del quale occorre continuare ad investire in attività di alfabetizzazione e di mediazione linguistico – culturale nelle scuole, visto il consistente afflusso nella zona sociale di stranieri di recente immigrazione in età scolare. A tal proposito, oltre alle attività già consolidate per favorire l'integrazione scolastica (E.s. "La Finestra Sul Mondo", è prevista l'organizzazione tramite i CTP di corsi di lingua italiana per adulti che si affiancano ad altre iniziative analoghe da realizzarsi, come avvenuto in passato, presso il Centro per le Famiglie con il fine in particolare di favorire l'inclusione delle donne straniere che rischiano di non integrarsi nel contesto sociale e ancor prima di non trovare un'occupazione lavorativa proprio per difficoltà legate alla comunicazione.

Alla condizione di immigrato si riconnette spesso un differente approccio ai servizi sociali e sanitari. Il profilo di comunità evidenzia un accesso al Pronto Soccorso spesso non appropriato da parte dei cittadini stranieri e un'incidenza dell'interruzione volontaria di gravidanza maggiore rispetto a quanto rilevato tra le donne italiane.

Quest'ultimo tema è in corso di analisi anche all'interno del gruppo di lavoro che si occupa dell'attuazione nel contesto della zona sociale delle linee di indirizzo per i piani di zona per la salute ed il benessere sociale per la piena applicazione della legge 194/78, emanate dalla Regione.

L'atto di indirizzo sottolinea tra le aree prioritarie di intervento un'elevata presenza di minori stranieri non accompagnati che impegna gli operatori dei servizi sociosanitari in un'intensa attività progettuale, con un impegno economico rilevante a carico dei Comuni, per l'accoglienza in strutture residenziali.

La zona sociale di Faenza affronta tale problematica in sinergia con le altre Istituzioni ed in particolare con la Provincia con la quale condivide uno specifico progetto.

Le forme di tutela potranno in futuro essere organizzate in modo più snello nel momento in cui a livello regionale dovesse essere ridisegnato, come sottolineato anche dallo stesso piano sociale 2008 – 2010, il sistema di accoglienza qualificando le comunità di pronta accoglienza e sviluppando nuove strutture "più leggere" che tengano conto dell'effettivo livello di autonomia dei minori stranieri. Fermo restando l'assolvimento degli obblighi di tutela, verranno contrastati fenomeni di inappropriato ricorso ai Servizi Sociali, ove si rilevi la presenza di adulti in grado di accudire adeguatamente il minore, ricorrendo anche, ove ne sussistano i presupposti, alla procedura del rimpatrio assistito.

L'integrazione dei cittadini stranieri si attua in modo particolare anche con il consolidamento degli strumenti per garantire ai cittadini stranieri adeguate forme di conoscenza dei diritti e delle norme che regolano la regolare presenza nel territorio italiano. In tal senso i precedenti piano di zona sono intervenuti anche con ampliamenti dei servizi di informazione, orientamento e consulenza specialistica. Tale impostazione trova conferma anche in occasione della lettura dei bisogni emergenti nella zona sociale di Faenza effettuata nei gruppi di lavoro istituiti in vista dell'elaborazione dei prossimi piani per la salute e il benessere sociale.

La popolazione immigrata è oggi caratterizzata da situazioni tra loro molto diversificate in cui accanto a famiglie presenti da tempo nel nostro territorio, con un buon livello di integrazione, ve ne sono altre di recente immigrazione che necessitano di importanti azioni che facilitino la loro inserimento nel contesto locale.

Per questo motivo il piano sociale e sanitario 2008 – 2010 ha ribadito la necessità di potenziare e consolidare un'attività informativa e di tutela legale, fissando nel contempo quale obiettivo lo sviluppo di azioni in grado di garantire adeguate forme di conoscenza dei diritti e dei doveri previsti dalla normativa nazionale ed europea.

Nella seduta del Comitato di Distretto del 15.12.2008 si è deciso di attuare gli indirizzi regionali sopra richiamati consolidando il Centro Servizi per Stranieri che opera a Faenza e a Castel Bolognese, con una valenza comunque sovra distrettuale, considerato che costituisce un punto di riferimento per cittadini stranieri residenti nei sei Comuni della zona sociale.

La gestione del servizio viene affidata alla Cooperativa RicercAzione che da tempo opera nel settore e che ha partecipato costantemente ai momenti di concertazione e co-progettazione attivati per la programmazione di ambito distrettuale sia per il triennio 2009 – 2011 che per gli anni precedenti.

La valutazione circa i servizi resi, in conformità della convenzione rep. Bis. 3727 del 21/02/2006 in scadenza al 31/12/2008, ha dato riscontri positivi sull'erogazione del servizio sia per quanto riguarda il numero di accessi che per la qualità delle prestazioni rese.

La legge regionale n. 2/2003 peraltro consente agli Enti locali di valorizzare il ruolo e la rilevanza sociale ed economica delle espressioni di auto-organizzazione della società civile in ambito sociale, con particolare riferimento alle organizzazioni di volontariato, alle cooperative sociali, alle associazioni di promozione sociale, consentendo affidamenti di servizi, soprattutto per affrontare specifiche problematiche sociali, quali quelle che riguardano l'immigrazione. A tal fine l'articolo 43 prevede istruttorie pubbliche per la coprogettazione dei relativi interventi per valorizzare e coinvolgere attivamente i soggetti sopra citati. Tale processo si esprime con particolare forza in occasione della programmazione sociosanitaria di zona cui la Cooperativa RicercAzione ha costantemente partecipato in modo attivo e propositivo.

Si precisa inoltre che la Cooperativa RicercAzione, assicurerà per conto del Comune di Faenza, anche le attività richieste a seguito dell'adesione al protocollo d'intesa in materia di iniziative regionali contro le discriminazioni e dell'attivazione del centro anti discriminazione nel territorio della zona sociale di Faenza.

### **Giovani e prevenzione**

Il Piano sociale e sanitario 2008 – 2010 dedica una particolare attenzione ai giovani e agli adolescenti, quali soggetti titolari di diritti e di doveri che devono essere accompagnati in questo normale passaggio della vita, da una comunità adulta e responsabile. Le opportunità e gli stessi servizi rivolti a questo particolare target di popolazione sono chiamati ad essere continuamente verificati sia per quanto riguarda la loro efficacia sia per quanto concerne gli stili comunicativi, che devono essere capaci di attirare l'interesse dei destinatari.

Occorre sempre più offrire servizi con un approccio proattivo, capace quindi di incontrare i giovani nei luoghi che normalmente frequentano, attraverso modalità di intervento snelle e soprattutto capaci di valorizzare il loro protagonismo e le enormi potenzialità che possiedono. Tale approccio ha caratterizzato anche gli interventi che già nel corso dei precedenti Piani di zona sono stati realizzati nel territorio, soprattutto nei contesti scolastici e nei luoghi di normale ritrovo dei giovani.

Le azioni intraprese hanno consentito di coinvolgere i giovani anche nell'elaborazione di messaggi finalizzati a sensibilizzare i loro coetanei rispetto al tema degli stili di vita sani e della legalità. Ne rappresenta un eloquente esempio il progetto PXG (Piano per Giovani) che ha visto protagonisti anche gli alunni di alcune classi dell'Istituto IPS "Strocchi" già a partire dall'anno scolastico 2007/2008, con attività destinate a protrarsi anche per il futuro. L'iniziativa ha coinvolto in stretta collaborazione i Servizi Sociali Associati, il Ser.T, l'Istituto Scolastico, la Cooperativa RicercAzione e alcuni referenti delle Forze dell'Ordine al fine di promuovere un interessante esempio di "educazione tra pari" che si è espresso mediante la realizzazione da parte dei ragazzi di una serie di elaborati grafici sul tema della legalità e della prevenzione. La tecnica dell'educazione tra pari si rappresenta uno strumento utile anche per promuovere interventi di educazione continua alla legalità come previsto nell'atto di indirizzo e coordinamento al fine di affermare la cultura del rispetto delle norme e delle regole.

Per un chiarimento del concetto e della pratica, riportiamo la definizione di educazione tra pari detta anche "Peer Education" facendo riferimento a quanto previsto nel manuale *Training for Trainers, Peer Education* pubblicato dal Joint Interagency Group on Young People's Health Development and Protection in Europe and Central Asia (IAG):

*"[...] l'educazione fra pari è il processo grazie al quale dei giovani, istruiti e motivati, intraprendono lungo un periodo di tempo attività educative, informali o organizzate, con i loro pari (i propri simili per età, background e interessi), al fine di sviluppare il loro sapere, modi di fare, credenze e abilità e per renderli responsabili e proteggere la loro propria salute.*

*L'educazione fra pari ha luogo in piccoli gruppi o con un contatto individuale e in molteplici posti: in scuole e università, circoli, chiese, luoghi di lavoro, sulla strada o in un rifugio o dove i giovani si incontrano."*

I gruppi di lavoro istituiti in occasione della programmazione sociosanitaria 2009 – 2011, hanno evidenziato da una parte la necessità di potenziare le opportunità a valenza educativa in senso ampio ed hanno confermato la validità di alcune esperienze, quali il progetto "ARE", già messe in atto per gli alunni frequentanti l'ultima classe delle Scuole Medie, con una programmazione che ha toccato, nell'arco di più anni, l'intera zona sociale. Il Comitato di Distretto nella seduta del 15.12.2008, ha validato tali interventi indicandole come azioni da inserire nella prossima programmazione di ambito distrettuale, in continuità con le azioni precedentemente intraprese.

I progetti che si intendono attuare in questa area offrono l'opportunità di affrontare anche di realizzare un'azione di prevenzione e di riparazione in alcuni contesti particolarmente difficili emersi nei Comuni della zona sociale con riferimento ad alcuni adolescenti che, da una parte esprimono un forte bisogno di aggregazione, mentre dall'altra dimostrano preoccupanti segnali di fragilità, legati anche a carenze educative nei loro contesti familiari.

Si intendono consolidare nel contratto di servizio da stipularsi con l'ASP "Prendersi Cura" gli strumenti per favorire l'agio giovanile e i percorsi di prevenzione in particolare mediante la gestione della Sportello d'Accesso per i Giovani e la referenza dei progetti rivolti agli adolescenti nell'ambito della zona sociale, in coerenza con quanto definito negli strumenti di pianificazione sociosanitaria.

Tra le azioni che si intende realizzare si segnala la realizzazione di uno spazio di aggregazione destinato ad alcune ragazze adolescenti seguite dai Servizi Sociali Associati per situazioni di rischio e/o irregolarità di condotta quali difficoltà scolastiche con rischio di abbandono, fughe da casa, approccio a condotte di abuso alcolico e di sostanze, relazioni conflittuali all'interno del nucleo familiare, problemi di alimentazione.

Come indicato nel piano sociale e sanitario 2008 – 2010, s'intende promuovere un sistema integrato di servizi che comprendono sia l'infanzia e l'adolescenza fino alla fascia dei giovani, in grado di favorire una nuova concezione del concetto di tutela che integri la consolidata valenza giuridica di difesa e salvaguardia con una connotazione più estesa e dinamica di benessere sociale.

Altre azioni rivestono sono maggiormente connotate sotto il profilo sanitario ed intendono consolidare azioni avviate in forma sperimentale nella seconda parte dell'anno 2008, al fine di contrastare il fenomeno del consumo di sostanze psicoattive e dell'abuso di alcol, dedicando particolare attenzione alle fasce di popolazione maggiormente esposte ai tali fenomeni.

In questa ottica oltre alle campagne informative mirate, si prevede di assicurare interventi di prossimità nei luoghi frequentati in particolare dai giovani, e di effettuare interventi formativi diretti a tutti i soggetti interessati ad acquisire maggiori conoscenze su problematiche che impattano in modo significativo sulla famiglia, sulla scuola, sulla sicurezza, sul benessere e la salute della zona sociale.

Il piano sociale e sanitario per il periodo 2008 – 2010 sottolinea la scarsa percezione dei rischi connessi all'utilizzo delle sostanze da parte dei consumatori e sottolinea la necessità di sviluppare un sistema di servizi con formule organizzative capaci di forte connessione con la realtà sociale, capaci di offrire risposte tempestive e flessibili in relazione al modificarsi dei fenomeni.

A tal fine viene indicato il sistema "a rete" come il modello maggiormente in grado di soddisfare le esigenze sopra evidenziate, in quanto valorizza il ruolo dei soggetti pubblici in particolare Servizi Sociali e SERT. Quest'ultimo peraltro svolge un ruolo di referenza tecnica, scientifica e clinica nel sistema di cura delle dipendenze. In questo contesto la stessa dinamica di programmazione degli interventi sociosanitari fa sì che in occasione dei Piani di zona vengano coinvolti attivamente anche i soggetti del terzo settore oltre alle figure coinvolte istituzionalmente nella prevenzione rispetto ai comportamenti a rischio e nelle politiche di agio giovanile.

Tale logica viene ora riproposta dalla recente deliberazione della Giunta della Regione Emilia Romagna n. 698 del 19.5.2008 in cui viene indicato quale obiettivo da perseguire nel triennio la sperimentazione di modalità di contatto specifiche e di collaborazione tra servizi sociosanitari pubblici e del privato sociale per diverse tipologie di consumatori, indicando tra le aree prioritarie di intervento gli adolescenti e i giovani.

Si tratta di una prassi operativa che trova nella zona sociale di Faenza delle significative esperienze realizzate in sinergia tra SERT e Servizi Sociali, con la collaborazione del Terzo Settore. Tra queste si citano le attività con finalità anche di prevenzione oltre che di supporto educativo svolte nei centri di aggregazione gestiti nei Comuni della zona sociale in parte dal Consorzio A.Te.Se ed in parte dalla Cooperativa "In Cammino".

Inoltre sussistono ormai le condizioni per una prossima attivazione di uno "spazio giovani" (che vede la forte presenza sia di operatori dell'AUSL: consultorio giovani e gruppo adolescenza, che dei Servizi sociali comunali), quale spazio non connotato, per gli adolescenti e gli adulti di riferimento, un luogo di prossimità di libero accesso e facile riconoscimento, gratuito, fruibile in maniera semplice dove, quasi in tempo reale, ricevere ascolto, informazioni, consulenza e presa in carico.

All'interno di questa prospettiva emerge l'opportunità di attivare un tavolo permanente di coordinamento operativo in funzione delle attività e del coordinamento di rete. L'obiettivo è di mantenere costanti e duraturi rapporti con la "rete", mantenendo collaborazioni attive con tutti i soggetti istituzionali (scuola, Comuni, Informagiovani ecc.) e non, che a qualsiasi titolo presidiano e fronteggiano situazioni legate ai diversi aspetti sociali:



Centro Servizi stranieri e Centro antidiscriminazione;  
Rete dei Centri di aggregazione giovanile;  
Rete delle biblioteche e delle iniziative di promozione culturale;  
Consultorio;  
Centri di ascolto e percorsi di supporto alle attività nelle scuole;  
Centro per le famiglie;  
Rete dell' Associazionismo;  
Rete del Volontariato;  
Le Parrocchie;  
Soggetti della Cooperazione sociale;

### **Minori e sostegno della genitorialità**

Il piano sociale e sanitario e l'atto di indirizzo pongono particolare attenzione sulla funzione di tutela dell'infanzia che viene assicurata dal sinergico concorso di diverse istituzioni pubbliche e private, senza tralasciare l'importante ruolo che riveste la stessa famiglia quale prima comunità educante.

La nostra zona sociale intende promuovere questo nuovo approccio sia sviluppando azioni già intraprese dal servizio Minori e dal Centro per Le Famiglie, sia potenziando le attività di prevenzione che interessano non solo i giovani, ma anche la fascia di età dell'adolescenza e della preadolescenza, seppur con modalità che devono essere opportunamente diversificate.

Tutela dei minori significa porre attenzione alle esigenze del minore e della famiglia in cui è inserito fin dal concepimento e durante a tutto il percorso di crescita, per tali azioni si confermano gli obiettivi comuni stabiliti in sinergia con l'AUSL, ed in particolare con i Consultori, affinché si possano realizzare politiche integrate di assistenza alla genitorialità e alla famiglia che hanno peraltro già trovato una parziale realizzazione mediante un accordo già stipulato tra consultorio familiare e Centro per le Famiglie. Rappresenta un obiettivo per il prossimo triennio 2009 - 2011 lo sviluppo di un protocollo organizzativo distrettuale per l'assistenza socio sanitaria in applicazione della 194, ferma restando la presa in carico da parte del consultorio familiare pubblico. A tale proposito è aperto e funzionante un tavolo di lavoro per la piena applicazione della L.194, che vede la partecipazione ad incontri periodici di rappresentanti del Comune, dell'AUSL e dell'Associazionismo locale.

Nell'ottica della valorizzazione del terzo settore si prevede di sviluppare in questo contesto anche il ruolo delle formazioni sociali di base e delle associazioni di volontariato nei protocolli organizzativi distrettuali, anche quale risorsa da prendere in considerazione nella predisposizione dei piani assistenziali.

Tuttavia oltre all'attenzione verso fattori protettivi come la tutela della "buona nascita" e la promozione di un ambiente, inteso in senso ampio, che favorisca la crescita e lo sviluppo dei minori, i Servizi sociosanitari sono impegnati nei compiti di protezione dell'infanzia che discendono dalle specifiche normative in vigore, in tutti i casi in cui si ravvisino condizioni pregiudizievoli, anche su impulso della competente Autorità Giudiziaria.

Si è già detto del fenomeno dei minori non accompagnati che rappresenta una problematica molto presente sia a livello regionale che nella nostra zona sociale, ma accanto a tale fenomeno si registra un costante aumento degli interventi dei servizi sociali per situazioni di

abuso e maltrattamento. Analogo andamento si registra ancora nel contesto di separazioni altamente conflittuali in cui viene richiesto l'impegno dei Servizi per favorire il recupero di un dialogo sereno tra i figli e i genitori. A questo proposito si sottolinea che è stato potenziato il servizio di mediazione familiare già presente all'interno del Centro per le famiglie.

Sotto questo profilo i Servizi Sociali assicureranno, tra le altre norme, il rispetto di quanto previsto dalla recente direttiva in materia di affidamento familiare e accoglienza in comunità di bambini e ragazzi (D.G.R. 846/2008).

### **Sostegno agli anziani**

In sede di lettura dei bisogni emergenti della zona sociale, l'analisi relativa agli anziani è stata condotta in modo puntuale distinguendo gli obiettivi rivolti all'agio di questa fascia di popolazione, rispetto a quelli che connotano la condizione di non autosufficienza.

Il profilo di comunità nell'evidenziare una struttura della popolazione in cui si riscontra una consistente percentuale di soggetti che hanno superato i 75 anni di età, ha comunque messo in luce una diffusa condizione di benessere della popolazione anziana che richiede azioni di promozione dell'agio e di prevenzione. In particolare tenendo conto di quanto indicato nel suddetto documento, si intende orientare le azioni dei servizi sociosanitari sulle seguenti aree tematiche di intervento strategico:

#### **1. La promozione dell'agio**

La promozione dell'agio, per la popolazione che invecchia, è e sarà una priorità strategica del sistema. L'OMS ha elaborato il concetto di **"invecchiamento attivo"** inteso come processo finalizzato alla massima realizzazione delle potenzialità fisiche, mentali, sociali ed economiche degli anziani. **Buona socialità e stili di vita sani sono fattori protettivi per la salute e per il proprio benessere individuale e sociale.** L'accento non è dunque solo sulle politiche orientate sui bisogni sociali e sanitari, ma anche sui diritti dell'anziano e sulla concreta possibilità di partecipare alla vita comunitaria.

#### **2. Prevenzione per contrastare la fragilità sociale e sanitaria**

La fragilità è intesa come una situazione di maggior rischio di eventi avversi che sono causa del progressivo manifestarsi di disabilità e non autosufficienza dovuta all'invecchiamento. Si tratta di una stato vulnerabile di salute che porta a una diminuzione delle abilità che normalmente permettono di far fronte e gestire i cambiamenti ambientali, sociali e personali.

Gli eventi avversi si riferiscono a solitudine, isolamento, perdita di autonomia, impoverimento ed esclusione sociale, riduzione delle competenze ed abilità sociali nell'affrontare situazioni stressanti. Le dinamiche intergenerazionali all'interno delle famiglie non sono sempre improntate alla solidarietà e alla cura e quindi episodi di malattia provocano spesso accessi alle strutture di ricovero e di emergenza; inoltre accade che malattie croniche che non siano adeguatamente conosciute o seguite con programmi di presa in carico continuativa incidano negativamente sul processo di fragilità. Si è altresì rilevato che la condizione di fragilità complessivamente intesa comporta un aumento del rischio di caduta e di possibile conseguente non autosufficienza.

#### **3. Azioni a favore dei soggetti in condizione di non autosufficienza**

Tale area di intervento afferisce anche se non esclusivamente a soggetti affetti da patologie croniche, e rientra tra le aree prioritarie di intervento individuate dall'atto di indirizzo e coordinamento. Infatti la cura della persona affetta da patologie croniche non ha necessariamente come esito la guarigione. Il concetto di cura si estende agli interventi che permettono una migliore convivenza con la malattia e la migliore funzione residua possibile, se non la sopravvivenza della persona. Tenere sotto controllo la malattia significa offrire alla persona malata una qualità della vita migliore, ridurre il tempo dedicato dai familiari alla cura del paziente con ricadute

vantaggiose anche per i servizi socio-assistenziali e per il sistema sanitario sul piano dell'efficienza (riduzione dei costi) e dell'efficacia (controllo dei sintomi e delle alterazioni patologiche).

La non autosufficienza non è da considerarsi solamente in relazione alle singole persone che ne sono interessate, ma in quanto inserita nei "contesti di cura" che sperimentano queste persone. Questi contesti si creano autonomamente, ma hanno bisogno dell'aiuto del servizio pubblico per poter mantenere attive le proprie risorse; oppure si attivano con l'aiuto diretto del servizio pubblico, qualora non vi siano le condizioni per contare su risorse proprie.

La volontà di orientarsi al sostegno del care giver e delle reti di sostegno informali ("aiutare chi aiuta") rappresenta una opzione strategica capace di mobilitare tutte le risorse disponibili anche rivedendo le regole di accesso e fruizione dei servizi da parte dell'utenza.

Progetti correlati:

Il tema della non autosufficienza viene considerato tenendo conto, in una visione unitaria di obiettivi e di risorse, dei bisogni della popolazione anziana in condizione di maggior vulnerabilità e fragilità e dei disabili.

Tale approccio reso in parte già possibile a seguito delle deliberazioni della Giunta regionale n. 509/2007 e 1206/2007, ha trovato piena conferma nella D.G.R. 1230/2008.

Quest'ultimo provvedimento disponendo il progressivo e pieno inserimento dei servizi socio-sanitari per disabili nel FRNA indica quali obiettivi, ai fini dell'utilizzo di queste risorse finalizzate:

1. la qualificazione e lo sviluppo della rete dei servizi secondo le linee di seguito indicate e l'aumento del numero dei beneficiari;
2. il sostegno del percorso di allineamento omogeneo ai Lea.

In generale i progetti a sostegno della non autosufficienza che si intende realizzare riguardano le seguenti tipologie di intervento:

- a) il sostegno alla permanenza al domicilio mediante l'assistenza domiciliare, la formazione delle assistenti familiari, i ricoveri temporanei e di sollievo, la consegna pasti a domicilio, il telesoccorso, i centri diurni, l'assegno di cura;
- b) il consolidamento del programma dimissioni protette;
- c) strutture residenziali alle quali occorre accedere solo ed esclusivamente quando il carico assistenziale socio-sanitario è tale per cui è improponibile per la famiglia la permanenza a domicilio;
- d) il progetto per l'adattamento dell'ambiente domestico, che si aggiunge alle opportunità offerte dalla normativa nazionale (L.13/89) e da quella regionale (L.R. 29/1997).

Le risorse del FRNA finanziano quindi anche la "rete storica" dei servizi per anziani, rappresentata dalle strutture residenziali e semiresidenziali.

Con particolare riferimento agli interventi per disabili, in coerenza con quanto previsto dalle soprarichiamate direttive regionali, si prevede il consolidamento e, se necessario, un potenziamento degli attuali interventi domiciliari sia a carattere assistenziale che educativo, mentre per quanto riguarda l'offerta di servizi residenziali e semiresidenziali nel territorio della zona sociale, l'ipotesi di qualificazione e sviluppo saranno valutate tenendo conto dei bisogni emergenti e delle risorse del FRNA a tal fine disponibili.

I progetti elaborati nell'ambito del Piano per la Salute e il Benessere Sociale prevederanno interventi per contrastare l'isolamento sociale e favorire la partecipazione attiva delle persone disabili e delle loro famiglie alla vita sociale, anche attraverso attività di

socializzazione e per il tempo libero da realizzare con la collaborazione dell'Associazionismo e delle risorse della comunità locale conto, tra i quali si cita, ad esempio l'attività svolta dall'ANFASS, presso il centro denominato "Il Faro" a Faenza.

Anche nell'ambito della zona sociale di Faenza sarà essere garantita l'erogazione dell'assegno di cura a favore dei disabili gravi (DGR 1122/02) e gravissimi (DGR 2068/04), nonché l'ulteriore contributo aggiuntivo di 160 euro, previsto anche per gli anziani alle condizioni stabilite nella DGR 1206/2007 (in particolare la presenza di un'assistente familiare con regolare contratto di lavoro). Tema comunque trasversale anche alla condizione di svantaggio legata all'esclusione sociale, è rappresentato dall'accesso al lavoro. Le politiche attive del lavoro promosse a livello europeo e recepite dal Legislatore nazionale vedono nell'accesso al lavoro del disabile non tanto una forma di tutela di una categoria di persone particolarmente deboli, ma il pieno riconoscimento di diritti di cittadinanza. Una prospettiva fondata sui diritti è l'ottica che caratterizza la stessa normativa nazionale in materia di servizi e interventi sociali, la legge 328/2000, ambito di politiche strettamente legato a quello della promozione al lavoro della categorie svantaggiate. L'Ente locale quindi, non solo rappresenta un datore di lavoro soggetto alle disposizioni della legge n. 68/1999 per gli obblighi che ne scaturiscono in termini di rispetto delle quote di disabili da assumere e di dichiarazioni periodiche da inviare ai competenti Uffici Provinciali, essendo obbligato al pari dei soggetti privati ad inviare appositi prospetti informativi dai quali devono figurare una serie di elementi utili per verificare il rispetto della normativa, ma costituisce uno dei principali promotori di quelle politiche integrate per l'inserimento mirato dei disabili previste dalla stessa legge n. 68/1999.

L'Ente Locale è chiamato poi a tessere rapporti di partnership particolarmente significativi con i soggetti del Terzo Settore che per finalità statutarie, si occupano dell'inserimento lavorativo delle persone disabili e svantaggiate, come le cooperative di tipo b) previste dalla legge 381/1991.

### **Promozione e lo sviluppo dello sportello sociale**

Costituisce un ulteriore elemento qualificante che punta allo sviluppo di una rete di sportelli sociali a livello regionale, sviluppandone l'apertura, il raccordo e lo sviluppo delle tecnologie, la qualificazione e il coordinamento tra il personale e le diverse tipologie di sportello, finalizzate all'integrazione funzionale, ed al miglioramento della fruibilità del servizio da parte del cittadino.

### **Sviluppo ed il consolidamento degli Uffici di Piano**

Supporto continuativo nel garantire le funzioni/attività stabilite dalla DGR 1004/2007 e dalla DGR 509/2007 relative al presidio dell'integrazione socio-sanitaria ed alle attività di pianificazione, programmazione e monitoraggio del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza, e con funzioni di analisi, studio, organizzazione e coordinamento, reportistica e quant'altro funzionale alle attività del Comitato di Distretto, vede definito il rapporto nei confronti con l'AUSL di Ravenna, anche per le funzioni di monitoraggio e verifica, in particolare del FRNA.

Vengono progressivamente implementate le risorse professionali che possano rispondere adeguatamente al modello organizzativo stabilito, indicando ed individuando requisiti organizzativi, modalità e figure professionali, per instaurare un sistema stabile di funzionamento dell'Ufficio e che consenta, tra l'altro, di:

- Ampliare gli strumenti per il presidio dei sistemi informativi favorendo il raccordo con il sistema informativo dell'Azienda UsI e dei Comuni del territorio. L'Ufficio opererà in raccordo con gli altri Uffici di Piano che fanno capo all'Ausl di Ravenna, prevedendo così un sistema integrato omogeneo in grado di rispondere alle esigenze informative su base sovra distrettuale e aziendale.

- Potenziare l'integrazione professionale tra sociale e sanitario adottando modalità di lavoro per gruppi che consenta l'utilizzo di professionalità specialistiche su specifici progetti, finalizzati anche alla definizione di protocolli operativi di presa in carico congiunta;
- Dare piena applicazione degli strumenti organizzativi per garantire separatezza tra funzioni di committenza e di produzione;
- Strutturare l'organizzazione e la formazione del personale che dovrà essere impiegato nelle attività connesse al rilascio dell'accreditamento anche per le successive funzioni di monitoraggio e controllo;

A tal proposito si è convenuto a livello sovra distrettuale di consolidare per il prossimo triennio gli assetti organizzativi definiti tra i Comuni Capofila e l'Azienda USL di Ravenna per la costituzione dell'Ufficio di Piano e per la gestione del FRNA.

Per la Zona sociale di Faenza viene pertanto adeguata la convenzione Rep. Bis. 4189 del 29.02.2008 tra il Comune di Faenza (Comune capofila) e l'Azienda USL per la costituzione del Nuovo Ufficio di Piano e la gestione del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza, fermo restando che qualora dovessero emergere diverse esigenze organizzative, si provvederà al loro formale recepimento con provvedimento della Giunta Comunale, nell'ambito dei principi fissati nel Piano di zona per la salute e il benessere sociale e negli atti di indirizzo già formulati in materia dal Consiglio Comunale.

Infine si sottolineano, nell'ambito dei complessivi interventi a favore della disabilità, **l'erogazione di contributi per la mobilità e l'autonomia nell'ambiente domestico (L.R. 29/1997, artt. 9 e 10)**, che vengono integrati e coordinati con gli altri servizi ed interventi del sistema locale dei servizi sociali aggiornati nei criteri e modalità di accesso attraverso le modifiche ed integrazioni alla DGR 1161/2004.

Le tabelle che seguono sono state ripartite sulla base di tre necessità fondamentali, avvertite da parte dei redattori del presente Piano:

- 1) Ricondurre il lavoro dei singoli tavoli ad una sintesi che permettesse di inquadrare la complessità territoriale all'interno di azioni coerenti rivolte ai diversi target;
- 2) Evidenziare gli interventi che maggiormente richiedono un'azione coordinata e trasversale in relazione alle politiche di sistema e integrate;
- 3) Collegare i progetti/interventi di cui al Programma attuativo 2009 agli obiettivi prioritari come derivanti dall'Atto di indirizzo della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria di Ravenna. Quest'ultimo richiamo viene a sua volta espresso attraverso la riproposizione degli obiettivi prioritari per aree strategiche intesi quali riferimenti triennali per le singole schede di intervento 2009.

**TABELLA 1 -, GLI OBIETTIVI STRATEGICI TRIENNALI DI SALUTE E BENESSERE SOCIALE:  
POLITICHE A SOSTEGNO DELLE RESPONSABILITA' FAMILIARI**

**RIFERITI AI TARGET\***

<b>Responsabilità familiari</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Infanzia adolescenza</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Giovani</b> <input type="checkbox"/>	<b>Anziani</b> <input type="checkbox"/>	<b>Disabili</b> <input type="checkbox"/>	<b>Immigrati stranieri</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Povertà e esclusione sociale</b> <input type="checkbox"/>	<b>Salute mentale</b> <input type="checkbox"/>	<b>Dipendenza</b> <input type="checkbox"/>
--	--	--	--	---	---	---	---	---

**FINALITÀ**

Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani <input checked="" type="checkbox"/>	Prevenzione <input checked="" type="checkbox"/>	Cura/Assistenza <input checked="" 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 COMUNITA' IN AMBITO DISTRETTUALE**

Esigenza di sostenere le responsabilità familiari in presenza di condizioni di disagio, di crisi familiari, di difficoltà ad affrontare gli impegni quotidiani
Difficoltà delle famiglie ad affrontare e ad avere chiara consapevolezza della responsabilità educativa nei confronti dei figli
Necessità delle famiglie di conoscere ed essere orientate nel sistema di servizi ed opportunità del territorio
Necessità di dare continuità agli interventi, monitorandoli ed adattandoli alle diverse esigenze
Fragilità delle famiglie per difficoltà relazionali, separazioni, limitata disponibilità di risorse economiche, monogenitorialità, situazioni di solitudine e isolamento sociale
Necessità di favorire la creazione di forme di solidarietà e responsabilizzazione delle famiglie e delle organizzazioni sociali che le rappresentano
Necessità di individuare percorsi atti a favorire l'inserimento sociale e a migliorare la qualità di vita delle famiglie straniere immigrate

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

Garantire i supporti alle funzioni genitoriali di cura dei bambini e degli adolescenti
Consolidare il centro per le famiglie come agenzia cittadina che si rivolge prevalentemente alle famiglie con figli minori, finalizzato a promuovere o coordinare interventi che ne favoriscano, arricchiscano e sostengano le responsabilità e gli impegni, accrescendo la collaborazione e la costruzione condivisa delle diverse azioni con i servizi socio-sanitari, le organizzazioni sociali e singole persone o famiglie.
Favorire forme di solidarietà, reciprocità ed autorganizzazione delle famiglie, la co-costruzione di iniziative ed esperienze con le famiglie e anche attraverso le associazioni che le rappresentano e/o impegnate in interventi di interesse sociale
Incrementare le azioni a sostegno delle famiglie con figli minori e delle responsabilità che devono affrontare quotidianamente: consulenza educativa, incontri pubblici e corsi per genitori sulle tematiche educative, con riferimento anche alla genitorialità adottiva ed alle nuove esperienze di genitorialità. Consolidare le collaborazioni con i soggetti del privato sociale che possono condividere gli interventi ed essere parte attiva e promozionale delle diverse azioni.
Realizzare l'accordo distrettuale tra Centro per le famiglie e Consultorio familiare per sostenere le esperienze di genitorialità, soprattutto per le giovani coppie
Ridurre e prevenire il disagio di adulti e minori coinvolti in vicende separative, anche attraverso gli interventi di mediazione familiare
Incrementare la cooperazione tra servizi sociali, sanitari e associazionismo per tutelare le esperienze di maternità e costruire percorsi per le donne che fanno ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza
Favorire forme di solidarietà ed accoglienza familiare, attraverso l'affido anche a tempo parziale, il sostegno alle mamme sole con il progetto "una mamma per una mamma"
Consolidamento dell'informafamiglie e della funzione di orientamento dello sportello informativo
Sostenere l'impegno economico delle famiglie ed il costo dei figli, sia con specifiche progettualità, quali i contributi della fondazione Banca del Monte e Cassa di risparmio sia effettuando le istruttorie per contributi di provenienza statale: assegno di maternità e nucleo familiare numeroso, attuazione del programma per il contenimento dei costi a carico delle famiglie con quattro o più figli
Costituire tavoli di confronto permanenti sulle diverse tematiche
Garantire i supporti alle funzioni genitoriali di cura dei bambini e degli adolescenti
Consolidare gli interventi di mediazione linguistica e culturale in ambito scolastico, incrementando e facilitando la collaborazione tra le strutture educative e scolastiche e le famiglie
Promuovere azioni di confronto reciproco tra cittadini stranieri ed italiani per facilitare la conoscenza ed il reciproco pregiudizio, con progetti quali "Un ponte tra culture"
Assicurare continuità alle azioni per favorire l'inserimento sociale e lavorativo delle donne straniere
Avviare un'azione culturale e di confronto con le popolazioni straniere che vivono nei Comuni della zona sociale Faenza

Facilitare l'inserimento nel contesto sociale cittadino delle donne straniere mediante il corso di lingua italiana e i laboratori finalizzati alla socializzazione ed alla creazione di relazioni positive tra donne italiane e immigrate straniere
Garantire percorsi di accoglienza ed inserimento efficaci e virtuosi rispetto all'inserimento nel contesto sociale
<b>OBIETTIVI D'INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE**</b> (politiche ambientali, abitative e urbanistiche, della mobilità, dell'inserimento lavorativo delle persone svantaggiate, della formazione e della scuola, della sicurezza e coesione sociale)
Potenziare la lettura integrata dei bisogni della comunità e la condivisione di questa lettura tra i decisori delle politiche coinvolte (Politiche educative, sociali, abitative, sanitarie, ecc..) coinvolgendo anche il terzo settore al fine di migliorare l'inclusione e la coesione sociale nel territorio.
<b>INDICATORI DI RISULTATO***</b>
Presenza di protocolli e procedura formalizzate: documentazione formalizzata e condivisa, validati e autorizzati dai diversi Enti coinvolti;
Iniziative con caratteristiche distintive di proattività e prossimità nelle aree della maternità, infanzia adolescenza, fragilità: numero di iniziative e persone raggiunte da programmi attivati nel triennio con caratteri distintivi di proattività e prossimità;
Valutazione delle iniziative e persone raggiunte da programmi attivati nel triennio anche con indagini ex ante e ex post (N° di incontri effettuati; N° di persone avvicinate; N° di interventi familiari; N° di questionari somministrati; N° di gruppi attivati di mutuo aiuto con le reti familiari; N° di interventi a sostegno delle famiglie ...)
Realizzazione degli interventi in ambito scolastico e incremento della collaborazione con le famiglie documentata attraverso incontri con gruppi e singole famiglie e scuole
Continuità nella partecipazione ai corsi di italiano delle donne straniere Realizzazione e partecipazione agli incontri di confronto con cittadini stranieri ed italiani

\* I target corrispondono a quelli individuati nel Piano sociale e sanitario regionale 2008-2010.

\*\* Si fa 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.

\*\*\*Gli indicatori sono comprensivi di quelli regionali come esplicitato al punto 4. della Premessa.



**TABELLA 1 -, GLI OBIETTIVI STRATEGICI TRIENNALI DI SALUTE E BENESSERE SOCIALE:  
SOSTEGNO ALLA GENITORIALITA', ALL'INFANZIA E ALL'ADOLESCENZA**

**RIFERITI AI TARGET\***

<b>Responsabilità familiari</b>	<b>Infanzia adolescenza</b>	<b>Giovani</b>	<b>Anziani</b>	<b>Disabili</b>	<b>Immigrati stranieri</b>	<b>Povertà e esclusione sociale</b>	<b>Salute mentale</b>	<b>Dipendenza</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>FINALITÀ</b>		
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani	Prevenzione	Cura/Assistenza
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<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 COMUNITA' IN AMBITO DISTRETTUALE**

Supportare maggiormente le famiglie nei loro percorsi di cura ed accudimento quotidiani per affrontare l'emergenza educativa che servizi e nuclei mettono in luce.

Necessità di progettare e realizzare interventi da destinare genericamente alla collettività per iniziative di sensibilizzazione, ma soprattutto di investimenti rispetto alla presa in cura dei singoli nuclei.

Individuare modalità di coinvolgimento delle famiglie problematiche che si svincolano dai rapporti con i servizi e che con difficoltà riescono ad essere in genere intercettate soprattutto in relazione alle difficoltà di rapporti tra i membri della famiglia nel caso di separazioni conflittuali;

Necessità di servizi, enti ed associazioni di lavorare in modo congiunto e coordinato per affrontare i temi educativi e rivolti alla tutela dei minori (Organi giudiziari, servizi sociali, educativi - scolastici, sanitari...)

Creare gruppi di lavoro permanenti interservizi per la definizione di metodologie di lavoro e buone prassi relative alla gestione di situazioni di crisi ed emergenza (utilità per gli operatori dei servizi e ricaduta positiva sugli utenti)

Attenzione più integrata ai luoghi di aggregazione degli adolescenti per la realizzazione di interventi a livello distrettuale.

Prevedere modalità di sostegno nei confronti di nuclei monogenitoriali in difficoltà, in particolare in presenza di donne sole con figli neonati (dall'accoglienza in struttura nel momento dell'emergenza, alla gestione del quotidiano)

Necessità di individuare percorsi e progetti atti a facilitare l'inserimento sociale delle famiglie straniere nei diversi contesti di coinvolgimento (lavoro, scuola, aggregazioni informali...)

Necessità di progettare e realizzare interventi individualizzati rivolti a preadolescenti ed adolescenti che mostrano comportamenti devianti, condotte a rischio di abbandono scolastico, difficoltà di inserimento lavorativo e/o che vivono in situazioni familiari e relazionali fragili/abbandoniche/patologiche

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

**Potenziare il coordinamento degli interventi tra servizi** (si integra con l'area: politiche a favore degli adolescenti e dei giovani)

- ✓ Consolidare la rete dei rapporti tra servizi sociali, educativi - scolastici, sanitari, associazioni ed altri enti che si occupano di genitorialità per una maggiore efficacia ed incisività degli interventi: collaborazioni, iniziative co-progettate... (consolidamento)
- ✓ Avviare tavoli di lavoro rispetto a precise problematiche che coinvolgono più servizi (accoglienza familiare, separazioni conflittuali, legge 194...) per individuazione di buone prassi ed iniziative di sensibilizzazione – promozione (v. affido) (continuazione e innovazione)
- ✓ Definizione di accordi e modalità di lavoro con cooperative ed associazioni per la realizzazione di esperienze di borse lavoro da offrire ad adolescenti seguiti dai servizi sociali (SSA, continuazione e consolidamento)
- ✓ Implementare il servizio incontri vigilati- domiciliare educativa attraverso la supervisione metodologica degli operatori coinvolti (A.Te.Se., progetto "Raccordo coordinamento tecnico incontri vigilati ed interventi educativi domiciliari rivolti ai minori", innovazione)

**Sostenere le capacità genitoriali nella quotidianità e nelle situazioni di crisi:**

- ✓ Realizzazione di progetti ed iniziative congiunte tra servizi (v. accordi Centri per le Famiglie-Consultori: azioni informative, implementazione corsi di accompagnamento alla nascita con potenziamento incontri psicopedagogici, mappatura e prime azioni di messa in rete tra sportelli psicopedagogici scolastici e consultorio giovani – futuro centro d'ascolto; laboratori di psicomotricità per genitori e bambini) (innovazione)
- ✓ Favorire gli incontri tra minori e genitori non conviventi in funzione della ricostruzione di adeguati rapporti familiari;
- ✓ Aumentare l'offerta del servizio di mediazione familiare a favore delle coppie genitoriali in separazione (consolidamento)
- ✓ Sperimentare forme di mutuo-aiuto e di reciprocità tra le famiglie (consolidamento)
- ✓ Attivare spazi di incontro e gioco per nuclei genitore-bambino con la presenza di personale formato:
- ✓ (v. progetto in Bell'Idea – Fondazione Marri-S.Umiltà, continuazione);
- ✓ Sostenere la coppia familiare e genitoriale nelle sue diverse fasi di vita:
- ✓ Creare luoghi di accoglienza per nuclei in situazione di disagio sociale

- ✓ Promuovere l'inserimento delle famiglie straniere nel nuovo contesto di vita (si integra con l'area: IMMIGRAZIONE, fragilità, povertà ed esclusione sociale)
- ✓ Realizzare percorsi ad hoc di coinvolgimento delle famiglie straniere rispetto alla condivisione degli obiettivi e dei metodi educativi con servizi scolastici, aggregativi (nidi, scuole dell'infanzia, scuole primarie e secondarie, centri educativi e di aggregazione) e sociali (consolidamento)
- ✓ Avvio di rapporti con la consulta degli stranieri per azioni di avvicinamento e conoscenza con le principali comunità presenti sul territorio (innovazione)
- ✓ Facilitare l'inserimento scolastico dei bambini stranieri attraverso percorsi didattici e ludici a loro rivolti

**OBIETTIVI D'INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE\*\*** (politiche ambientali, abitative e urbanistiche, della mobilità, dell'inserimento lavorativo delle persone svantaggiate, della formazione e della scuola, della sicurezza e coesione sociale)

Avviare, consolidare, potenziare le attività in collaborazione con i Servizi Sanitari, Associazioni di categoria, Servizi Sociali dei Comuni della Zona sociale di Faenza, l'associazionismo di promozione sociale, il volontariato nelle sue diverse forme e la Scuola, per ottimizzare e sviluppare le risorse e le opportunità sul territorio a sostegno della genitorialità e della maternità, in particolare delle categorie più deboli.

### INDICATORI DI RISULTATO\*\*\*

Rispetto a:

**- utenti dei servizi:**

partecipazione di adulti e genitori ad incontri e progetti e tipologia partecipazione

decrescita delle problematiche dei nuclei familiari/dimissione dei nuclei/autonomie acquisite

frequenza degli adolescenti ai centri di aggregazione a loro rivolti e ai progetti territoriali

n° di adolescenti che accettano di essere coinvolti all'interno di percorsi individualizzati (durata, abbandoni, autonomie acquisite)

**- operatori:**

realizzazione di interventi in accordo con scuole, associazioni di volontariato, altri enti rispetto a singoli interventi o ad iniziative di prevenzione

definizione di modalità di lavoro condivise ed eventualmente di protocolli o accordi tra servizi che si occupano di tematiche trasversali

\* I target corrispondono a quelli individuati nel Piano sociale e sanitario regionale 2008-2010.

\*\* Si fa 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.

\*\*\*Gli indicatori sono comprensivi di quelli regionali come esplicitato al punto 4. della Premessa.

**TABELLA 1 -, GLI OBIETTIVI STRATEGICI TRIENNALI DI SALUTE E BENESSERE SOCIALE:  
POLITICHE A FAVORE DEGLI ADOLESCENTI, DEI GIOVANI E DI CONTRASTO ALLE DIPENDENZE**

**RIFERITI AI TARGET\***

<b>Responsabilità familiari</b> <input type="checkbox"/>	<b>Infanzia adolescenza</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Giovani</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Anziani</b> <input type="checkbox"/>	<b>Disabili</b> <input type="checkbox"/>	<b>Immigrati stranieri</b> <input type="checkbox"/>	<b>Povertà e esclusione sociale</b> <input type="checkbox"/>	<b>Salute mentale</b> <input type="checkbox"/>	<b>Dipendenza</b> <input checked="" type="checkbox"/>
---	--	---	--	---	--	---	---	--

**FINALITÀ**

Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani <input checked="" type="checkbox"/>	Prevenzione <input checked="" type="checkbox"/>	Cura/Assistenza <input checked="" 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 COMUNITA' IN AMBITO DISTRETTUALE**

- Necessità diffusa di “fare rete” tra le svariate opportunità istituzionali e non, presenti nell’offerta del territorio.
- Nell’ambito delle azioni di contesto, agire per attivare maggiori canali informativi-formativi creando relazioni stabili tra soggetti territoriali;
- Costruire una rete di relazioni strutturate, dotandosi di strumenti operativi adeguati, individuando se non una figura di referente globale, almeno forme di coordinamento e confronto come momenti di raccordo tra le diverse offerte e le domande espresse e i soggetti operanti;
- Emerge il bisogno di superare l’episodicità degli interventi e delle azioni, che a volte sono legati a situazioni di emergenza e criticità. La continuità rappresenta dunque la condizione per permettere alle progettualità di produrre effetti valutabili e misurabili in un tempo medio-lungo. Ciò porta anche a mantenere rapporti consolidati con i soggetti coinvolti e permette una verifica dei risultati nel tempo.
- Impostare momenti di approfondimento e di reciproci patti finalizzati ad interventi mirati, con le scuole, le imprese, gli insegnanti e le associazioni culturali, sportive, ricreative e sociali;

<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Promuovere stili di vita improntati alla partecipazione, alla cittadinanza attiva, all'aggregazione sociale quali detrattori di conflittualità sociale, agendo per prevenire ed affrontare i "mali" tipici dell'età adolescenziale quali comportamenti antisociali, disturbi del comportamento alimentare e fenomeni di bullismo,.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Intervenire e prevenire comportamenti e stili di vita, diffusi in età giovanile, tendenti alla sperimentazione, uso ed abuso di sostanze psico-attive con particolare riferimento al fenomeno degli incidenti stradali ed alla guida sicura, attraverso l'educazione continua alla legalità quale affermazione di una "cultura del rispetto".</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Aumentare le capacità di autocontrollo e la responsabilizzazione dei soggetti produttori e della catena di commercializzazione e degli organizzatori di eventi rivolti ai giovani</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Garantire contesti di vita adeguati a tutela della salute e del benessere della popolazione, promuovendo per i giovani opportunità formative e abitative indipendenti</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Intervenire attivamente per fronteggiare situazioni di violenza e disagio sociale di cui sono vittime donne anche con minori;</li> </ul>
<b>OBIETTIVO/I PRIORITARIO/I IN AMBITO SOCIALE, SOCIOSANITARIO E DEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI</b>
<p>Dotare il territorio di un insieme di <b>attori "di sistema"</b> che facilitino le opportunità di rete e valorizzino le risorse che vi intervengono; occorre realizzare un effettivo raccordo informativo a tutto campo e su diversi livelli, che permetta di superarne la frammentarietà e la dispersione;</p>
<p>Consolidamento di una effettiva struttura di <b>rete di servizi, coordinati</b> da un soggetto riconosciuto e proattivo nei confronti dei presidi mantenuti a livello territoriale; i Centri di aggregazione come nodo della rete riferito alle progettualità locali;</p>
<p><b>Integrazione tra i servizi del territorio</b>, finalizzati ad una progettualità di sistema nelle diverse fasi dalla programmazione alle verifiche; mantenimento di un tavolo di confronto congiunto che a cadenza periodica si attivi in funzione degli obiettivi e degli attori coinvolti; e che coinvolga sia gli attori istituzionali che il volontariato, l'associazionismo in genere e i rappresentanti dei diversi portatori d'interesse;</p>
<p>Attivazione di un <b>centro di ascolto</b> rivolto ai giovani come punto di riferimento autorevole e riconosciuto, che veicola messaggi che li aiutano a crescere, non a giudicarli e valutarli e che coinvolge anche gli altri servizi territoriali.</p>
<p>L'uso delle nuove tecnologie richiede uno strumento aggiornabile, di facile consultazione e diffondibile, come la costruzione di un network internet all'interno della nuova progettazione dei servizi;</p>
<p>Mettere in atto momenti aggregativi mobili per favorire la conoscenza, e per una completa fruizione territoriale, ad esempio le esperienze di parco-concerto, piscina-torneo sportivo, permettendo di far conoscere meglio ai giovani sia il territorio che le risorse esistenti valorizzando in particolare le <b>risorse associative ed aggregative operanti nei diversi Comuni</b>;</p>
<p>Fornire un <b>aiuto all'autoorganizzazione</b> e autogestione come elemento di crescita e di raccordo con la comunità locale;</p>
<p>Costruire diversi contesti di gruppo nei quali sia i giovani che i vari soggetti aggregativi che intervengono sul/nel territorio, possano operare in sinergia arricchendosi reciprocamente e facendo propri <b>categorie e principi valoriali condivisi</b>;</p>

Fornire <b>competenza e formazione</b> adeguata agli operatori dei settori, nonché occasioni di formazione di interlocutori riconosciuti, figure di tutoraggio, in particolare nel campo dello sport ed altre attività significative riconosciute dai giovani;
Operare verso una più efficace <b>alternanza scuola-lavoro</b> e fornire opportunità di fruire di percorsi di educazione ed orientamento al lavoro;
Integrazione degli adolescenti <b>stranieri nelle scuole</b> attraverso una presa in carico individualizzata e la condivisione degli obiettivi da parte delle diverse agenzie operanti sul territorio, operando in comunanza con la famiglia;
Iniziative di <b>promozione alla lettura</b> rivolte ad adolescenti e giovani, e a stranieri immigrati in un contesto che vede la Biblioteca di Faenza come promotore dell' utilizzo dei diversi servizi informatici, bibliografici e multimediali della rete delle biblioteche del territorio;
Valorizzazione del <b>tempo extrascolastico</b> per lo sviluppo dell'autonomia personale e della vita di gruppo; Integrazione delle azioni con il mondo della scuola, coinvolgendo gli insegnanti.
Rafforzamento del <b>sistema integrato dei servizi</b> educativi, scolastici e formativi, con la dimensione sociale, sanitaria, sportiva, culturale e ricreativa;
Interventi integrati e coordinati volti a sostenere donne in situazioni di disagio per causa di <b>violenza o maltrattamenti in famiglia</b> , assieme ai loro figli minori, attraverso centro di ascolto antiviolenza, messa a disposizione di alloggi d'emergenza, protocollo operativo con le forze dell'ordine;
Fornire occasioni ai giovani per una <b>responsabilizzazione attiva</b> , attraverso la produzione di eventi, fino alla loro realizzazione, con evidenza comunicativa, nel campo culturale e professionale;
Organizzare <b>percorsi di contatto</b> specifici per giovani consumatori, adulti di riferimento e persone dipendenti da sostanze illegali e legali in condizione di marginalità, consolidando le funzioni di prossimità, gli interventi di strada e i sistemi di rete dedicati incentivando la promozione di stili di vita sani (nelle scuole, nei luoghi di lavoro e di vita), la prevenzione di fattori di rischio (screening, rapporti sessuali a rischio, ecc) attraverso azioni di sensibilizzazione, formazione ed integrazione professionale nei diversi contesti di vita e di cura.
Attivare percorsi di <b>reinserimento socio-lavorativo</b> di persone in trattamento per problemi di abuso/dipendenza;
<b>Campagne informative mirate</b> attraverso strumenti diversificati, con relazioni tra i diversi soggetti operanti nel territorio in ambito di contrasto alle nuove e sempre più diffuse forme di dipendenza, per favorire la cultura della legalità e promozione della salute.
<b>OBIETTIVI D'INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE**</b> ( <i>politiche ambientali, abitative e urbanistiche, della mobilità, dell'inserimento lavorativo delle persone svantaggiate, della formazione e della scuola, della sicurezza e coesione sociale</i> )
Creare tavoli permanenti di lavoro con le differenti agenzie del territorio coinvolte o coinvolgibili nei temi/problemi che coinvolgono l'universo giovanile: educazione e formazione, casa, lavoro, tempo libero ...
Per la qualificazione degli interventi rivolti ai giovani nell'ambito di centri e/o spazi di ascolto, come nella progettazione di azioni ed interventi loro dedicati, proseguire nel percorso di integrazione e formazione con il terzo settore ;

Costruire percorsi condivisi con Sert e corpi di Polizia Municipale finalizzati all'attuazione di efficaci interventi di prevenzione e promozione di stili di vita sani e della guida sicura

I temi dell'adolescenza, dell'integrazione dei ragazzi di origine straniera, della prevenzione del disagio nelle diverse forme in cui si manifesta e del rischio di devianza vanno affrontati con approcci, modalità e finalità condivise con le diverse agenzie educative e partecipative del territorio al fine di promuovere ed incentivare il coinvolgimento e la partecipazione delle stesse;

### INDICATORI DI RISULTATO\*\*\*

Indice di soddisfazione dei diversi stakeholders

Indici di incidentalità, morbilità e mortalità

Valutazione delle iniziative e persone raggiunte da programmi attivati nel triennio anche con indagini ex ante e ex post (N° di incontri nelle scuole; N° di etilometri somministrati nei luoghi di vita; N° di interventi nei luoghi di vita; N° di questionari somministrati nei luoghi di incontro e relazione; N° di gruppi di auto mutuo aiuto con le reti familiari; N° di interventi nei luoghi di lavoro; N. eventi partecipativi ...)

Percezione delle qualità della vita e della coesione sociale

\* I target corrispondono a quelli individuati nel Piano sociale e sanitario regionale 2008-2010.

\*\* Si fa 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.

\*\*\*Gli indicatori sono comprensivi di quelli regionali come esplicitato al punto 4. della Premessa.

**TABELLA 1 -, GLI OBIETTIVI STRATEGICI TRIENNALI DI SALUTE E BENESSERE SOCIALE:  
POLITICHE A CONTRASTO ALLA POVERTA' ED ESCLUSIONE SOCIALE**

**RIFERITI AI TARGET\***

<b>Responsabilità familiari</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Infanzia adolescenza</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Giovani</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Anziani</b> <input type="checkbox"/>	<b>Disabili</b> <input type="checkbox"/>	<b>Immigrati stranieri</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Povertà e esclusione sociale</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Salute mentale</b> <input type="checkbox"/>	<b>Dipendenza</b> <input type="checkbox"/>
--	--	---	--	---	---	--	---	---

**FINALITÀ**

Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani <input type="checkbox"/>	Prevenzione <input checked="" 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)*

**BISOGNI EMERGENTI DAL PROFILO DI COMUNITA' IN AMBITO DISTRETTUALE**

Tutti i tavoli, esclusi la Legge 194 e la integrazione sociosanitaria in area della salute mentale hanno chiuso i lavori, e la tendenza di tutti è quella di darsi una configurazione aperta attraverso momenti di monitoraggio e tappe da individuare nel corso del 2009.

- Le linee guida regionali ci hanno fatto ritrovare su alcuni punti che hanno un principio di attuazione: sostegno al reddito – politiche abitative;
- punti critici risultano i passaggi neuropsichiatria-salute mentale e passaggio età adulta/età anziana;
- In particolare è aumentato il rischio di morte per tumori e cardiovascolari, ma permane l'AIDS, con triste primato a Ravenna. I fattori di rischio sono cambiati e vanno contestualizzati diversamente.



<p><b>Il Gruppo povertà-esclusione sociale</b> ha visto emergere criticità e bisogni in continuità con i precedenti PdZ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ impoverimento delle famiglie;</li> <li>➤ difficoltà per l'accesso al lavoro sia in relazione ai soggetti disabili, sia verso le categorie svantaggiate con risposta del SIIL non così esaustiva;</li> <li>➤ problematica casa con difficoltà di accesso da parte delle famiglie, e non più solo per situazioni di emergenza;</li> <li>➤ aumenti nella rottura della normalità, con rischio di volatilità del bene ed erosione del potere d'acquisto delle famiglie.</li> </ul>
<p>I servizi a bassa soglia registrano una criticità sul Centro di prima accoglienza, con incremento negli accessi di stranieri ed italiani in particolare anziani, a conferma dell'impoverimento generale delle famiglie. Inoltre è richiesta la valorizzazione della rete come strumento di razionalizzazione degli interventi e la condivisione degli strumenti e delle esperienze.</p>
<p><b>OBIETTIVO/I PRIORITARIO/I IN AMBITO SOCIALE, SOCIOSANITARIO E DEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI</b></p>
<p>La Legge 4/2008 per l'accertamento di invalidità ha portato all'assunzione di una assistente sociale al 50% con Casola Valsenio e si tratta di concordare che l'A.S. area adulti anziani di ogni comune, partecipi una volta al mese all'incontro di questa commissione.</p>
<p>Anche l'Igiene pubblica ha in essere progetti sia di lotta al tabagismo che di prevenzione sui luoghi di lavoro, come pure il SERT, con interventi di prevenzione sul territorio.</p>
<p>La Dott.ssa Solaroli predisporrà una serie di interventi verso i lavoratori di classi avanzate nel percorso scolastico, che parta dalla scuola stessa.</p>
<p>Percorsi di promozione alla salute in particolare per la popolazione immigrata, con il coinvolgimento del servizio materno infantile, in rapporto alle Associazioni di categoria.</p>
<p>Vi sono temi di nuova attenzione come gli screening e protocollo imprese/associazioni di categoria/sindacati rispetto a patologie oncologiche e si tratta di raccogliere tali elementi e raccordarli all'interno dei PdZ.</p>
<p>Quindi inserimenti lavorativi-borse lavoro entro il tema di progettualità di transizione verso occupazione più stabile o anche assistenziale tout-court, vanno ricondotti ad uno schema di appropriatezza dell'inserimento</p>
<p>Le attività a supporto della popolazione immigrata, con azioni di progetto finalizzato, si evidenzia la lingua italiana come strumento di integrazione</p>
<p>Inserimenti lavorativi-borse lavoro entro il tema di progettualità di transizione verso occupazione più stabile o anche assistenziale tout-court, che vanno ricondotti ad uno schema di appropriatezza dell'inserimento</p>
<p>Nello sviluppo di una strategia di sistema in merito al tema dell'inclusione sociale e lavorativa delle persone svantaggiate si colloca anche l'adesione del Comune di Faenza al progetto Equal "AGAPE".</p>

Sviluppo dei servizi a bassa soglia, in riferimento ai servizi sanitari; in particolare lo sviluppo della profilassi ed i neo-comunitari, esclusi anche dallo status di Straniero Temporaneamente Presente.

**OBIETTIVI D'INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE\*\*** (politiche ambientali, abitative e urbanistiche, della mobilità, dell'inserimento lavorativo delle persone svantaggiate, della formazione e della scuola, della sicurezza e coesione sociale)

Si è rilevata una stretta connessione con i temi della salute, evidenziandosi nello stesso profilo di comunità una correlazione tra maggiore incidenza della morbilità e le condizioni di povertà ed esclusione sociale.

La condizione di povertà derivando da molteplici fattori richiede sempre più un approccio integrato tra competenze sociali e sanitarie. Le azioni specifiche saranno ulteriormente definite nel gruppo di lavoro che si occupa dell'integrazione sociale e sanitaria nell'area della salute mentale e in quello che si occupa della piena attuazione delle linee guida in materia di interruzione volontaria di gravidanza.

Il tema della povertà ed esclusione sociale si ricollega alle politiche della salute anche per quanto riguarda la prevenzione, la profilassi e l'utilizzo dei servizi sanitari, per i quali occorre attuare strategie integrate di intervento.

Povertà ed esclusione sociale si ricollega alle politiche abitative, in quanto la carenza di risorse economiche rappresenta un ostacolo per accedere ad adeguate risorse abitative, sia in proprietà che in affitto. Rappresenta un obiettivo il consolidamento e lo sviluppo dell'edilizia residenziale pubblica e delle altre forme – quali l'autocostruzione – che possono favorire l'accesso alla casa. Gli incrementi dei costi che si sono registrati in questi ultimi anni, stanno creando difficoltà tra un numero crescente di famiglie, anche per la difficile congiuntura economica che sta determinando il rischio di perdita del posto di lavoro, per la forte crisi di importanti settori economici.

### INDICATORI DI RISULTATO\*\*\*

Riduzione degli incidenti sul lavoro rispetto al 2008

Incremento tra le fasce di popolazione target di soggetti che partecipano ai programmi di screening

Consolidamento dei servizi a bassa soglia (N. accessi )

N. sostegni economici erogati

N. alloggi ACER assegnati

N. accessi ai punti di informazione specialistici per immigrati

N. campagne/iniziative informative e di prevenzione mirate verso a target di popolazione fragile

\* I target corrispondono a quelli individuati nel Piano sociale e sanitario regionale 2008-2010.

\*\* Si fa 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.

\*\*\*Gli indicatori sono comprensivi di quelli regionali come esplicitato al punto 4. della Premessa.

**TABELLA 1 -, GLI OBIETTIVI STRATEGICI TRIENNALI DI SALUTE E BENESSERE SOCIALE:  
POLITICHE A FAVORE DELLA POPOLAZIONE ANZIANA E DISABILE**

**RIFERITI AI TARGET\***

<b>Responsabilità familiari</b> <input type="checkbox"/>	<b>Infanzia adolescenza</b> <input type="checkbox"/>	<b>Giovani</b> <input type="checkbox"/>	<b>Anziani</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Disabili</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Immigrati stranieri</b> <input type="checkbox"/>	<b>Povertà e esclusione sociale</b> <input type="checkbox"/>	<b>Salute mentale</b> <input type="checkbox"/>	<b>Dipendenza</b> <input type="checkbox"/>
---	---	--	---	--	--	---	---	---

<b>FINALITÀ</b>		
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani <input checked="" type="checkbox"/>	Prevenzione <input checked="" type="checkbox"/>	Cura/Assistenza <input checked="" type="checkbox"/>

<b>RIFERITI ALL'INTEGRAZIONE GESTIONALE E PROFESSIONALE</b> <input checked="" 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)

<b>BISOGNI EMERGENTI DAL PROFILO DI COMUNITA' IN AMBITO DISTRETTUALE</b>
Il gruppo area Disabili-Anziani ha visto emergere, sinteticamente, il richiamo ad un maggiore intreccio tra qualità della vita e città vivibili (verde, servizi, cultura, mobilità, tempo libero, tutela degli spazi di vita ecc.);
due tematiche fondamentali: premesso che la rete dei servizi storici è consolidata e positiva per le risposte sul territorio, con il consolidamento dei servizi territoriali, si intende lavorare per la promozione dell'agio, creando così le condizioni per allontanare la non autosufficienza il più possibile e dunque stili di vita sani, corretta alimentazione, attività fisica, contenimento nell'uso dei farmaci, prevenzione delle cadute soprattutto di anziani e incidenti domestici, contrasto alla solitudine e servizi di prossimità da incentivare con solidarietà di caseggiato, quartiere ecc. dando opportunità di accesso e partecipazione.
Sul versante della non autosufficienza si è posta la necessità di creare legami più stretti con la rete e la semiresidenzialità e residenzialità, con potenziamento e consolidamento dei sollievi e delle risposte appropriate per la domiciliarità della persona.
Disponibilità ad affrontare la possibilità di creare una rete di trasporti sociali, problematica presente sul territorio di Faenza .

Necessità di aumentare l'appropriatezza e l'efficacia dei sistemi di presa in carico delle persone non autosufficienti, con il consolidamento dei punti di accesso, già presenti su tutti i territori della zona sociale, e la revisione delle modalità di valutazione della non autosufficienza ( <i>ruolo dell'UVG e dell'UVD</i> )
Evitare moltiplicazione di istruttorie per i percorsi di valutazione e di accesso ai servizi.
Maggior investimento nelle politiche di sostegno al domicilio in termini di appropriatezza, tempestività e flessibilità.
Esigenza di sostenere i carichi assistenziali della famiglia in presenza di componenti con patologie di non autosufficienza
Sviluppo degli interventi di rete a supporto delle fasce più vulnerabili e fragili in quanto meno in grado di accedere ai servizi o privi di una rete parentale vicariante.
Necessità di prevenire i fattori di rischio fortemente problematici per persone fragili e deboli con riferimento a programmi articolati di sicurezza domestica e di adeguatezza strutturale.
Mantenimento da parte della persona non autosufficiente e dei suoi famigliari di una vita sociale attiva, attraverso l'espressione delle proprie capacità, interessi, competenze, allenamento cognitivo, attività ricreative e culturali.
Ampliamento dell'offerta territoriale in riferimento alla semiresidenzialità e necessità di maggiore flessibilità (in termini orari e di apertura settimanale) nelle strutture semiresidenziali quale supporto al nucleo familiare nella gestione della non autosufficienza.
<b>OBIETTIVO/I PRIORITARIO/I IN AMBITO SOCIALE, SOCIOSANITARIO E DEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI</b>
Mettere in rete sia la rete storica dei servizi, che i progetti sul territorio col volontariato; creare una "banca delle disponibilità" per avere la possibilità di ampliare le offerte e di integrare le risposte per la domiciliarità.
Garantire tutte le prestazioni minimali definite dal Gruppo di lavoro Aziendale sulla domiciliarità: flessibilità-estensione oraria-pedicure (da sviluppare)-trasporto (tematica che presenta problematicità attorno alla quale occorre creare rete)
Il progetto delle 2 ASP sulla "fragilità" ha come contenuto la presenza di uno sportello di ascolto e informazione sui servizi della rete su ogni Comune, diventando punto di riferimento riconosciuto dalle famiglie, operando con tempestività con la rete dei servizi, e fornire temporaneamente ausili anche dove l'AUSL non li fornisce (ad es. per chi non ha l'accompagnamento) poi piccole e semplici prestazioni infermieristiche, pasti in comunità mangiando dentro alle strutture, trasporti, visite mediche mantenimento psicofisico, contrasto alla solitudine e mobilitazione del volontariato e delle reti territoriali.
Partirà la palestra della mente per persone con disturbi cognitivi, a Faenza, da estendere in prospettiva.
Il contratto con la Coop. Trasporti di Casola è in scadenza (per 9 disabili e 3 carrozzine) e l'ASP di Faenza è disponibile ad elaborare una proposta di contenimento dei costi, copertura dei servizi, e tempi di attivazione entro il 2009, che verrà presentata al Comitato una volta preparata, e successivi contratti di servizio.

<p>Creare un sistema di presa in carico del cittadino centrato sul “lavoro per processi” e sulla multiprofessionalità, individuando le responsabilità in gioco nell’attività interprofessionale (socio-sanitaria) e sviluppando modelli, metodi, strumenti e risorse utili a garantire un accesso personalizzato, soprattutto in presenza di casi e gruppi di popolazione che necessitano di presa in carico continuativa. Semplificare i percorsi di valutazione multidimensionale e multi professionale per i servizi a sostegno della domiciliarità (ADI, rinnovo assegni di cura, ricoveri di sollievo).</p> <p>Garantire percorsi di cura in continuità per minori disabili nel passaggio all’età adulta.</p>
<p>Creare un nuovo punto di equilibrio nel sistema di cura e assistenza tra servizi domiciliari e servizi long term di tipo residenziale, in un’ottica di integrazione che riguarda una pluralità di politiche, di soggetti e di strumenti (assistenza domiciliare integrata, dimissione protetta, ricoveri di sollievo o temporanei, ausiliazione al domicilio, adattamento domestico) al fine di evitare istituzionalizzazioni improprie.</p>
<p>Migliorare i percorsi organizzativi e assistenziali tra ospedale e territorio per assicurare la presa in carico sanitaria e sociale a monte e a valle degli episodi di ricovero attraverso il consolidamento e lo sviluppo dell’esperienza delle dimissioni protette e la completa applicazione del protocollo aziendale.</p>
<p>Implementare progressivamente la conoscenza dei fattori predittivi di fragilità di tipo sanitario (presenza di malattie croniche, accessi ripetuti ed impropri a strutture sanitarie, ecc.) e di tipo sociale (disponibilità di una rete solidale di supporto, caratteristiche del contesto in cui la persona abita, ecc.). Consolidare i rapporti con l’associazionismo per la costruzione di una rete permanente di sorveglianza in termini di prevenzione della domanda e di offerta proattiva di servizi e interventi..</p>
<p>Supportare il care giver attraverso tutte le forme di sostegno, economico, informativo, formativo, consulenziale , mobilizzando tutte le risorse della rete sociale e consolidare e professionalizzare il mercato sociale integrandolo nel sistema delle cure (formazione Assistenti Familiari) e quant’altro finalizzato al mantenimento della persona al proprio domicilio.</p>
<p>Ridurre il rischio di caduta dell’anziano fragile al domicilio attraverso interventi informativi e di promozione dell’attività fisica. Proporre l’adattamento degli ambienti domestici in relazione ai bisogni della persona anziana o disabile attraverso la rilevazione degli aspetti strutturali che impediscono un utilizzo agevole degli spazi (CAAD).</p>
<p>Sperimentare forme di “portierato sociale” per persone anziane, disabili e in situazione di vulnerabilità sociale e sanitaria che pur avendo una sufficiente autonomia nello svolgimento dei normali atti della vita quotidiana, presentano un rischio reale di aggravamento della condizione di non autosufficienza, se non preventivamente supportate anche attraverso interventi di tipo “leggero”.</p>
<p>Migliorare le condizioni di salute delle persone anziane e disabili (disabilità di tipo fisico, psichico e sensoriale), promuovendo il concetto di salute in modo completo, ossia come benessere fisico, mentale, sociale e culturale. Stimolare in queste persone l’utilizzo al massimo delle attitudini fisiche e psichiche dell’organismo con particolare riferimento ai soggetti che presentano problemi di deficit cognitivo (Palestra della Mente, progetti di stimolazione cognitiva a domicilio e nell’ambito dei servizi semiresidenziali e attività di prevenzione del deterioramento cognitivo per la popolazione anziana).</p>
<p>Ampliare l’offerta di servizi semiresidenziali per anziani e disabili attraverso la disponibilità di nuovi posti di centro diurno per anziani ;</p>

<b>OBIETTIVI D'INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE**</b> (politiche ambientali, abitative e urbanistiche, della mobilità, dell'inserimento lavorativo delle persone svantaggiate, della formazione e della scuola, della sicurezza e coesione sociale)
Interagire sul sistema della coesione e solidarietà sociale attraverso il coinvolgimento dell'associazionismo e della scuola .
Interagire sul sistema delle politiche abitative
Operare scelte di mobilità e di progettazione orientate all'abbattimento di barriere architettoniche
<b>INDICATORI DI RISULTATO***</b>
Percezione di soddisfazione e miglioramento delle condizioni di vita
Capacità di offerta dei servizi socio-sanitari di supporto alla domiciliarità.
Riduzione degli indici di incidentalità in ambiente domestico..
Documenti di collaborazione formalizzati dai diversi enti coinvolti.

\* I target corrispondono a quelli individuati nel Piano sociale e sanitario regionale 2008-2010.

\*\* Si fa 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.

\*\*\*Gli indicatori sono comprensivi di quelli regionali come esplicitato al punto 4. della Premessa.

**TABELLA 1 -, GLI OBIETTIVI STRATEGICI TRIENNALI DI SALUTE E BENESSERE SOCIALE:  
POLITICHE PER L'INTEGRAZIONE SOCIOSANIATRIA NELL'AMBITO DELLA SALUTE MENTALE**

**RIFERITI AI TARGET\***

<b>Responsabilità familiari</b> <input type="checkbox"/>	<b>Infanzia adolescenza</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Giovani</b> <input type="checkbox"/>	<b>Anziani</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Disabili</b> <input type="checkbox"/>	<b>Immigrati stranieri</b> <input type="checkbox"/>	<b>Povertà e esclusione sociale</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Salute mentale</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Dipendenza</b> <input checked="" type="checkbox"/>
---	--	--	---	---	--	--	--	--

**FINALITÀ**

Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani <input type="checkbox"/>	Prevenzione <input checked="" type="checkbox"/>	Cura/Assistenza <input checked="" 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 Ipad in Asp)*

**BISOGNI EMERGENTI DAL PROFILO DI COMUNITA' IN AMBITO DISTRETTUALE**

- Difficoltà ad operare interventi efficaci e completi per i “casi di confine”, ossia per soggetti che presentano diverse problematiche, quali la fragilità sociale, uso di sostanze psicoattive, disagio di tipo psichiatrico;
- Esigenza di condividere strumenti di valutazione in grado di valutare non solo il bisogno e il tipo di risposta teoricamente più adatta, ma di definire compiutamente il progetto di vita e di cura, sia per quanto riguarda le diverse competenze professionali che devono intervenire sia per i conseguenti aspetti di natura economica;

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

- Definire strumenti di valutazione e presa in carico condivisi tra Servizi Sociali e sanitari, con particolare riferimento all'area della salute Mentale che tengano conto delle correlazioni con gli interventi nell'ambito della povertà ed esclusione sociale e dei servizi residenziali e semi residenziali per persone non autosufficienti
- Assicurare percorsi di continuità assistenziale, con il coinvolgimento di tutti i soggetti a tal fine necessari
- Assicurare percorsi di presa in carico rispondenti al concetto di co - titolarità e condivisione tra operatori del Sociale e del sanitario inerenti le modalità, le conoscenze sugli interventi per l'utilizzo di "agende comuni" anche con riferimento a banche dati.

**OBIETTIVI D'INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE\*\*** (politiche ambientali, abitative e urbanistiche, della mobilità, dell'inserimento lavorativo delle persone svantaggiate, della formazione e della scuola, della sicurezza e coesione sociale)

L'integrazione sociosanitaria nell'area della salute mentale pone il tema dell'inserimento lavorativo tra gli obiettivi prioritari trasversali da perseguire sostenendo il ruolo della cooperazione di tipo B e di tutte quelle iniziative volte a promuovere vere e proprie opportunità occupazionali.

Definire percorsi di presa in carico sanitaria a valenza terapeutica e riabilitativa che mettano in grado il cittadino con disturbi mentali di godere di una soddisfacente qualità dell'abitare, nonché di far valere i propri diritti di accesso ai benefici previsti dalle politiche abitative

Definire progetti di vita e di cura, con metodologie di valutazione condivise, per tutti i soggetti che necessitano di ricovero in strutture residenziali e semiresidenziali, con l'obiettivo di superare il ricorso a strutture per anziani e disabili al fine di definire un'offerta di servizi il più possibile appropriata.

**INDICATORI DI RISULTATO\*\*\***

Attivazione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale a livello distrettuale: N. incontri preparatori

Definizione di protocolli condivisi per i "casi di confine": N. incontri periodici

\* I target corrispondono a quelli individuati nel Piano sociale e sanitario regionale 2008-2010.

\*\* Si fa 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.

\*\*\*Gli indicatori sono comprensivi di quelli regionali come esplicitato al punto 4. della Premessa.



**TABELLA 1 -, GLI OBIETTIVI STRATEGICI TRIENNALI DI SALUTE E BENESSERE SOCIALE:  
P.A.L.: IL SISTEMA DEI SERVIZI SANITARI NELLO SVILUPPO DELL'INTEGRAZIONE CON IL SISTEMA SOCIO-SANITARIO E SOCIALE E CON LE ALTRE POLITICHE PER LA SALUTE E IL BENESSERE SOCIALE**

**RIFERITI AI TARGET\***

<b>Responsabilità familiari</b> <input type="checkbox"/>	<b>Infanzia adolescenza</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Giovani</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Anziani</b> <input type="checkbox"/>	<b>Disabili</b> <input type="checkbox"/>	<b>Immigrati stranieri</b> <input type="checkbox"/>	<b>Povertà e esclusione sociale</b> <input type="checkbox"/>	<b>Salute mentale</b> <input type="checkbox"/>	<b>Dipendenza</b> <input checked="" type="checkbox"/>
---	--	---	--	---	--	---	---	--

**FINALITÀ**

Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani <input checked="" type="checkbox"/>	Prevenzione <input checked="" type="checkbox"/>	Cura/Assistenza <input checked="" type="checkbox"/>
--	--	--

**RIFERITI ALL'INTEGRAZIONE GESTIONALE E PROFESSIONALE**



I principi e i criteri definiti dall'atto di indirizzo della CTSS per la preparazione del Piano Attuativo Locale precisano l'esigenza di avviare un processo di riorganizzazione e qualificazione della struttura dell'offerta dei servizi sanitari in una logica di sviluppo delle competenze professionali, interdisciplinarietà e di integrazione organizzativa. Un processo con obiettivi di integrazione con il sistema sociale, socio-sanitario e con le altre politiche.

*(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 COMUNITA' IN AMBITO DISTRETTUALE**

La transizione demografica (con l'invecchiamento della popolazione) epidemiologica (con l'aumento delle patologie croniche ) e sociale (con la modificazione dei nuclei familiari più parcellizzati e piccoli, dall'incremento dell'immigrazione) costituisce riferimento per la definizione dei bisogni che la popolazione esprime, come viene evidenziato dal Profilo di Comunità.

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

Necessità di ridisegnare i processi di cura e di assistenza, di rivedere i modelli assistenziali, i ruoli, le responsabilità di tutti i professionisti implicati. Il modo in cui si produce l'assistenza costituisce prerequisito per sviluppare appropriatezza di intervento, facilitare l'integrazione socio-sanitaria e con le altre politiche per garantire uno sviluppo equo e sostenibile del sistema delle cure.

La preparazione del PAL ha comportato l'avvio di circa 20 gruppi di lavoro, su 4 tematiche principali.

- a) Promozione della salute; della sicurezza degli ambienti di vita, di lavoro e alimentare; le malattie infettive;
- b) Assistenza territoriale con la definizione di nuovi paradigmi di cura e assistenza: sviluppo dei NCP, riorganizzazione dell'attività del Consultorio Familiare, percorsi assistenziali delle persone non autosufficienti; gestione delle patologie croniche, appropriatezza prescrittiva dei farmaci;
- c) la Salute Mentale: i percorsi assistenziali e l'integrazione. Accessibilità, deistituzionalizzazione, integrazione sanitaria e socio-sanitaria. Strumenti di verifica e valutazione;
- d) Progetti di Qualificazione e Riorganizzazione del sistema delle cure in ospedale: continuità e appropriatezza delle cure, riorganizzazione dell'ospedale per intensità di cura con definizione del responsabile clinico. Telemedicina e Telepatologia. Presa in carico integrata del paziente, continuità delle cure intraospedaliere e con i servizi territoriali.

**OBIETTIVI D'INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE\*\*** (politiche ambientali, abitative e urbanistiche, della mobilità, dell'inserimento lavorativo delle persone svantaggiate, della formazione e della scuola, della sicurezza e coesione sociale)

In convergenza e in sinergia con i contenuti del Piano di Zona della Salute e del benessere Sociale: sicurezza alimentare, sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro, integrazione sociale nel mondo del lavoro per utenti inseriti in percorsi riabilitativi (scuola, mercato del lavoro, urbanistica, edilizia, .....).

### INDICATORI DI RISULTATO\*\*\*

Gli indicatori di risultato:

- approvazione dei progetti del PAL da parte della CTSS,
- attuazione di quanto previsto dai progetti nell'ambito del triennio.

**TABELLA 1 -, GLI OBIETTIVI STRATEGICI TRIENNALI DI SALUTE E BENESSERE SOCIALE:  
 APPLICAZIONE DELLE LINEE DI INDIRIZZO PER LA TUTELA SOCIALE DELLA MATERNITÀ E  
 SULL'INTERRUZIONE VOLONTARIA DELLA GRAVIDANZA**

**RIFERITI AI TARGET\***

<b>Responsabilità familiari</b>	<b>Infanzia adolescenza</b>	<b>Giovani</b>	<b>Anziani</b>	<b>Disabili</b>	<b>Immigrati stranieri</b>	<b>Povertà e esclusione sociale</b>	<b>Salute mentale</b>	<b>Dipendenza</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>FINALITÀ</b>		
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani	Prevenzione	Cura/Assistenza
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

<b>RIFERITI ALL'INTEGRAZIONE GESTIONALE E PROFESSIONALE</b>	<input checked="" 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>	

<b>BISOGNI EMERGENTI DAL PROFILO DI COMUNITA' IN AMBITO DISTRETTUALE</b>
E' in atto un tavolo permanente di lavoro finalizzato al confronto e all'integrazione tra servizi e associazioni e alla messa in rete delle risorse pubbliche e private del territorio, che ha già effettuato n. 4 incontro collegiali.

Il tema dell'interruzione volontaria della gravidanza viene affrontato sulla base delle seguenti problematiche

- maggiore diffusione della contraccezione per prevenire gravidanze non desiderate e quindi il ricorso, anche ripetuto, all'IVG;
- il 50% delle IVG sono richieste da donne straniere;
- possibilità di ampliare l'offerta di interventi di educazione sessuale nelle scuole;
- contributo da parte delle associazioni a sostegno delle gravidanze problematiche e come favorire il loro collegamento con le donne/coppie che lo desiderano;
- quali le risorse pubbliche in termini di servizi per l'infanzia, politiche abitative, occupazione, ecc. per aprire nuove e diverse prospettive alle donne o alle coppie;
- collaborazione tra i servizi sociali ed il consultorio familiare in relazione al disposto della delibera regionale che prevede che l'équipe consultoriale sia integrata con l'assistente sociale.

difficoltà di alcune mamme a decidere se riconoscere o meno il figlio alla nascita

Coinvolgimento della divisione di ostetricia e ginecologia per non vanificare la possibilità di contatto e controllo post IVG in quanto le donne ricevono l'appuntamento sia dal Cons.familiare, sia dal reparto ospedaliero, ma poi non si sa se e dove viene fatto il controllo.

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

- Assicurare il sostegno del diritto della persona alla scelta libera e responsabile nella sessualità e nella procreazione e riconoscerne l'altissima rilevanza personale e sociale
- Garantire colloqui di accoglienza con le donne che chiedono l'IVG effettuati da un assistente sociale. Infatti la direttiva Regionale prevede che l'équipe consultoriale sia integrata con la figura dell' assistente sociale
- Definire percorsi e dare ordine alle possibili collaborazioni tra servizi pubblici e tra questi e le risorse del privato, mettere in rete le diverse opportunità. Peraltro l'organizzazione attuale del servizio sociale e del Centro per le famiglie non renderebbe possibile una presenza dedicata di un assistente sociale nell'ambito del Consultorio familiare.
- Assicurare percorsi di presa in carico rispondenti al concetto di co - titolarità e condivisione tra operatori del Sociale e del sanitario inerenti le modalità, le conoscenze sugli interventi per l'utilizzo di "agende comuni" anche con riferimento a banche dati.

**OBIETTIVI D'INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE\*\*** (politiche ambientali, abitative e urbanistiche, della mobilità, dell'inserimento lavorativo delle persone svantaggiate, della formazione e della scuola, della sicurezza e coesione sociale)

Approccio unitario e condiviso al processo di definizione dei piani assistenziali per la piena applicazione della l. 194/78

Tutela della procreazione e della salute delle donne, con percorsi personalizzati di aiuto con interventi che prevedano competenze sociali (in integrazione con politiche abitative e del lavoro), sanitarie e del volontariato lungo tutto il percorso nascita e nella eventuale decisione di interrompere la gravidanza
Politiche per l'integrazione/inserimento delle persone e delle famiglie immigrate, con particolare riferimento a quelle straniere: interventi per il problema abitativo, inserimento nei servizi educativi e scolastici
<b>INDICATORI DI RISULTATO***</b>
- n. incontri del Gruppo di progetto
- Protocollo organizzativo distrettuale
- Censimento delle organizzazioni di volontariato

\* I target corrispondono a quelli individuati nel Piano sociale e sanitario regionale 2008-2010.

\*\* Si fa 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.

\*\*\*Gli indicatori sono comprensivi di quelli regionali come esplicitato al punto 4. della Premessa.

**TABELLA 1 -, GLI OBIETTIVI STRATEGICI TRIENNALI DI SALUTE E BENESSERE SOCIALE:  
CONSOLIDAMENTO E IMPLEMENTAZIONE DEL NUOVO UFFICIO DI PIANO**

**RIFERITI AI TARGET\***

<b>Responsabilità familiari</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Infanzia adolescenza</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Giovani</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Anziani</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Disabili</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Immigrati stranieri</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Povertà e esclusione sociale</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Salute mentale</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Dipendenza</b> <input checked="" type="checkbox"/>
--	--	---	---	--	---	--	--	--

**FINALITÀ**

Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani <input checked="" type="checkbox"/>	Prevenzione <input checked="" type="checkbox"/>	Cura/Assistenza <input checked="" 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 COMUNITA' IN AMBITO DISTRETTUALE**

Integrazione fra le politiche e gli interventi afferenti all'ambito sociale, sanitario e sociosanitario;  
Coinvolgimento di tutti i ruoli coinvolti, in termini di pianificazione e programmazione al fine di assicurare una funzione di presidio forte dei processi afferenti all'ambito sociale, sanitario e socio sanitario integrati;

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

Garantire il raccordo fra tutte le politiche sociali, sanitarie e socio sanitarie e l'integrazione fra i diversi ambiti di riferimento

Piena applicazione delle funzioni-attività previste dalla dgr 1004/2007 e dalla DGR 509/2007, notevolmente implementate rispetto a quelle riconosciute ai “vecchi” uffici di piano, in particolare quanto riguarda l’attività di supporto al Comitato di Distretto, di pianificazione, programmazione e monitoraggio del FRNA, il percorso di accompagnamento delle ASP, l’accreditamento per la gestione dei servizi;

**OBIETTIVI D’INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE\*\*** (politiche ambientali, abitative e urbanistiche, della mobilità, dell’inserimento lavorativo delle persone svantaggiate, della formazione e della scuola, della sicurezza e coesione sociale)

Assicurare il collegamento con tutte le politiche non solo afferenti all’area sanitaria, sociale e sociosanitaria, ma anche di quelle che con quelle che concorrono ad assicurare il benessere sociale della popolazione (politiche per la sicurezza, politiche ambientali, politiche urbanistiche, politiche per la mobilità, ecc.)

### **INDICATORI DI RISULTATO\*\*\***

Messa in campo di tutte le azioni necessarie per giungere ad una reale integrazione a livello interistituzionale (tavoli di lavoro, gruppi di lavoro, formazione congiunta degli operatori e loro coinvolgimento diretto nei processi)

\* I target corrispondono a quelli individuati nel Piano sociale e sanitario regionale 2008-2010.

\*\* Si fa 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.

\*\*\*Gli indicatori sono comprensivi di quelli regionali come esplicitato al punto 4. della Premessa.

**TABELLA 1 -, GLI OBIETTIVI STRATEGICI TRIENNALI DI SALUTE E BENESSERE SOCIALE:**  
**Riferimento TABELLA 2 dell'Atto di indirizzo della CTSS - AREA STRATEGICA 1: Sistema di accesso e presa in carico: personalizzazione della presa in carico e continuità di cura e assistenza**

<b>Responsabilità familiari</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Infanzia adolescenza</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Giovani</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Anziani</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Disabili</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Immigrati stranieri</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Povertà e esclusione sociale</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Salute mentale</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Dipendenza</b> <input checked="" type="checkbox"/>
---	---	--	--	---	--	---	---	---

<b>FINALITÀ</b>		
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani <input checked="" type="checkbox"/>	Prevenzione <input checked="" type="checkbox"/>	Cura/Assistenza <input checked="" type="checkbox"/>

<b>RIFERITI ALL'INTEGRAZIONE GESTIONALE E PROFESSIONALE</b> <input checked="" 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>

<b>BISOGNI EMERGENTI DAL PROFILO DI COMUNITA' IN AMBITO DISTRETTUALE</b>
<b>1/A) Migliorare la qualità della vita delle persone a forte svantaggio sociale e sanitario</b> (in particolare: persone non autosufficienti e con patologie croniche nell'ambito della salute mentale...) <b>e delle loro famiglie e/o care giver</b>
<b>OBIETTIVO/I PRIORITARIO/I IN AMBITO SOCIALE, SOCIOSANITARIO E DEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI</b>
1/A/1) Offrire servizi sociosanitari di sostegno al domicilio e in strutture protette agli utenti e al loro care giver
1/A/2) Offrire interventi di sollievo al care giver
1/A/3) Offrire attività di counseling e servizi a distanza (e-care)





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

Riferimento TABELLA 2 dell'Atto di indirizzo della CTSS - AREA STRATEGICA 1: Sistema di accesso e presa in carico: personalizzazione della presa in carico e continuità di cura e assistenza

**RIFERITI AI TARGET\***

Responsabilità familiari <input checked="" type="checkbox"/>	Infanzia adolescenza <input checked="" type="checkbox"/>	Giovani <input checked="" 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"/>	Dipendenza <input checked="" type="checkbox"/>
--	--	---	---	--	---	--	--	--

<b>FINALITÀ</b>		
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani <input checked="" type="checkbox"/>	Prevenzione <input type="checkbox"/>	Cura/Assistenza <input checked="" 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 COMUNITA' IN AMBITO DISTRETTUALE**

**1/B) Garantire servizi sociosanitari adeguati agli standard regionali e omogenei nei tre Distretti/Zone**

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

1/B/1) Aumentare l'offerta nell'ambito degli interventi di sostegno al domicilio (assistenza dom. e assegni di cura)
1/B/2) Garantire processi di riabilitazione orientati all'autonomia sociale per persone disabili, dipendenti da sostanze, con problemi di salute mentale, riducendone la istituzionalizzazione impropria
1/B/3) (.....)
<b>OBIETTIVI D'INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE**</b> (politiche ambientali, abitative e urbanistiche, della mobilità, dell'inserimento lavorativo delle persone svantaggiate, della formazione e della scuola, della sicurezza e coesione sociale)
<b>INDICATORI DI RISULTATO***</b>
<b>Capacità di offerta di servizi sociosanitari</b> Anziani: media RER (anno 2006): 7%; miglior performance: 8,2%
<b>Descrizione</b> Insieme dei servizi domiciliari, semiresidenziali e residenziali su pop. Target specifiche e a confronto con i tre Distretti/Zone
<b>Significato</b> Si vuole valutare la capacità di un territorio di offrire servizi nell'area sociosanitaria coerenti con gli standard regionali
Prossimi alla migliore performance regionale in tutte le Zone/Distretti

\* I target corrispondono a quelli individuati nel Piano sociale e sanitario regionale 2008-2010.

\*\* Si fa 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.

\*\*\*Gli indicatori sono comprensivi di quelli regionali come esplicitato al punto 4. della Premessa.

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

**Riferimento TABELLA 2 dell'Atto di indirizzo della CTSS - AREA STRATEGICA 1: Sistema di accesso e presa in carico: personalizzazione della presa in carico e continuità di cura e assistenza**

**RIFERITI AI TARGET\***

<b>Responsabilità familiari</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Infanzia adolescenza</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Giovani</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Anziani</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Disabili</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Immigrati stranieri</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Povertà e esclusione sociale</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Salute mentale</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Dipendenza</b> <input checked="" type="checkbox"/>
---	---	--	--	---	--	---	---	---

**FINALITÀ**

Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani <input checked="" type="checkbox"/>	Prevenzione <input checked="" type="checkbox"/>	Cura/Assistenza <input checked="" 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 COMUNITA' IN AMBITO DISTRETTUALE**

**1/C) Garantire la migliore condizione di accessibilità ai servizi territoriali (in particolare ai servizi consultoriali, ai servizi di salute mentale, ai servizi sociali, all'assistenza primaria) e di continuità nella presa in carico**

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

1/C/1) Garantire la continuità nei percorsi relativi alla IVG, percorso nascita, percorsi di cura e assistenza rivolti a disabili e utenti con programmi di riabilitazione e inserimento sociale
1/C/2) Accesso telefonico e diretto in tutte le strutture secondo criteri di semplificazione
1/C/3) Assicurare qualità ambientale rete ambulatoriale assistenza primaria
1/C/4) Assicurare informazioni specifiche su servizi ed opportunità per famiglie con figli minori
1/C/5) Rendere disponibile l'attiva di unità di strada rivolta a giovani consumatori
<b>OBIETTIVI D'INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE**</b> (politiche ambientali, abitative e urbanistiche, della mobilità, dell'inserimento lavorativo delle persone svantaggiate, della formazione e della scuola, della sicurezza e coesione sociale)
<b>INDICATORI DI RISULTATO***</b>
<b>Percezione delle condizioni di comfort, accessibilità e continuità della presa in carico</b>
<b>Descrizione</b> Indagine ad hoc (ex ante ed ex post)
<b>Significato</b> Si vuole valutare la percezione dei cittadini in merito alle migliorate condizioni di accessibilità
Valori migliorativi rispetto alla valutazione ex ante (2008)

\* I target corrispondono a quelli individuati nel Piano sociale e sanitario regionale 2008-2010.

\*\* Si fa 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.

\*\*\*Gli indicatori sono comprensivi di quelli regionali come esplicitato al punto 4. della Premessa.

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

**Riferimento TABELLA 2 dell'Atto di indirizzo della CTSS - AREA STRATEGICA 1: Sistema di accesso e presa in carico: personalizzazione della presa in carico e continuità di cura e assistenza**

**RIFERITI AI TARGET\***

Responsabilità familiari <input checked="" type="checkbox"/>	Infanzia adolescenza <input checked="" type="checkbox"/>	Giovani <input checked="" 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"/>	Dipendenza <input checked="" type="checkbox"/>
--	--	---	---	--	---	--	--	--

**FINALITÀ**

Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani <input checked="" type="checkbox"/>	Prevenzione <input checked="" type="checkbox"/>	Cura/Assistenza <input checked="" 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 COMUNITA' IN AMBITO DISTRETTUALE**

**1/D) Garantire le migliori condizioni di accessibilità (culturale, edilizia e urbanistica), di presa in carico, di umanizzazione e personalizzazione nei servizi sanitari ospedalieri, (con particolare riferimento alle fasi più critiche :le dimissioni verso altre strutture e verso il domicilio)**

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

1/D/1) Presidiare i percorsi assistenziali e personalizzare la presa in carico con l'individuazione del responsabile del caso (case manager)
1/D/2) Garantire le migliori condizioni di comfort, e il consenso informato
1/D/3) Garantire le condizioni di responsabilità nei servizi di ricovero e specialistica (tempi attesa) in particolare nelle aree più critiche
1/D/4) (.....)
<b>OBIETTIVI D'INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE**</b> (politiche ambientali, abitative e urbanistiche, della mobilità, dell'inserimento lavorativo delle persone svantaggiate, della formazione e della scuola, della sicurezza e coesione sociale)
<b>INDICATORI DI RISULTATO***</b>
<b>Tempi di attesa</b>
<b>Descrizione</b> Esame dei tempi di attesa registrati nel triennio
<b>Significato</b> Si vuole valutare il rispetto dei tempi di attesa standard
Valori indicati dalla RER (obiettivi alle Aziende sanitarie alla fine del triennio)

\* I target corrispondono a quelli individuati nel Piano sociale e sanitario regionale 2008-2010.

\*\* Si fa 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.

\*\*\*Gli indicatori sono comprensivi di quelli regionali come esplicitato al punto 4. della Premessa.

**TABELLA 1 -, GLI OBIETTIVI STRATEGICI TRIENNALI DI SALUTE E BENESSERE SOCIALE:  
Riferimento TABELLA 2 dell'Atto di indirizzo della CTSS - AREA STRATEGICA 2: SVILUPPO DELLA COMUNITA' E  
COESIONE SOCIALE**

**RIFERITI AI TARGET\***

<b>Responsabilità familiari</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Infanzia adolescenza</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Giovani</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Anziani</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Disabili</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Immigrati stranieri</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Povertà e esclusione sociale</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Salute mentale</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Dipendenza</b> <input checked="" type="checkbox"/>
---	---	--	--	---	--	---	---	---

<b>FINALITÀ</b>		
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani <input checked="" type="checkbox"/>	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)*

**BISOGNI EMERGENTI DAL PROFILO DI COMUNITA' IN AMBITO DISTRETTUALE**

**2/A) Migliorare la percezione di sicurezza e le condizioni di coesione sociale in tutta la popolazione e in specifici target**

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

2/A/1) Offrire attivamente servizi di mediazione sociale e interventi di prossimità nelle situazioni di maggior conflittualità o rischio sociale o sanitario;

2/A/2) Offrire servizi di sostegno diretti e a distanza (telefonia sociale) a persone anziane sole;



2/A/3 Offrire servizi di educazione (con adulti significativi e tra pari) alla legalità e al rispetto delle regole.
2/A/4): Offrire attivamente servizi di integrazione e supporto alle scuole rispetto alla legalità;
(...)
<b>OBIETTIVI D'INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE**</b> (politiche ambientali, abitative e urbanistiche, della mobilità, dell'inserimento lavorativo delle persone svantaggiate, della formazione e della scuola, della sicurezza e coesione sociale)
<b>INDICATORI DI RISULTATO***</b>
<b>Percezione della sicurezza/insicurezza, della qualità della vita e della coesione sociale della comunità</b>
<b>Descrizione</b> Indagine ad hoc (ex ante ed ex post)
<b>Significato</b> Si vuole valutare la percezione dei cittadini in merito alle migliorate condizioni di accessibilità
Valori migliorativi rispetto alla valutazione ex ante (2008)

\* I target corrispondono a quelli individuati nel Piano sociale e sanitario regionale 2008-2010.

\*\* Si fa 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.

\*\*\*Gli indicatori sono comprensivi di quelli regionali come esplicitato al punto 4. della Premessa.

**TABELLA 1 -, GLI OBIETTIVI STRATEGICI TRIENNALI DI SALUTE E BENESSERE SOCIALE:**  
**Riferimento TABELLA 2 dell'Atto di indirizzo della CTSS - AREA STRATEGICA2: SVILUPPO DELLA COMUNITA' E COESIONE SOCIALE**

**RIFERITI AI TARGET\***

<b>Responsabilità familiari</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Infanzia adolescenza</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Giovani</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Anziani</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Disabili</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Immigrati stranieri</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Povertà e esclusione sociale</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Salute mentale</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Dipendenza</b> <input checked="" type="checkbox"/>
---	---	--	--	---	--	---	---	---

<b>FINALITÀ</b>		
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani <input checked="" type="checkbox"/>	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)*

**BISOGNI EMERGENTI DAL PROFILO DI COMUNITA' IN AMBITO DISTRETTUALE**

**2/B) Garantire alle famiglie il sostegno necessario per facilitare le loro funzioni di cura specialmente nelle situazioni a maggior svantaggio socio-relazionale e sanitario**

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

**2/B/1) Garantire i supporti alle funzioni genitoriali di cura dei bambini e degli adolescenti**

2/B/2) Garantire i supporti alle famiglie con alti carichi assistenziali (non autosufficienza e cronicità)
2/B/3) Garantire i supporti alle famiglie con alti fattori di rischio (multiproblematiche)
2/B/4) Garantire supporti a contrasto delle povertà
2/B/5) Promuovere azioni di contrasto dell'abuso e maltrattamento
2/B/6) Assicurare la formazione, la valutazione delle coppie candidata all'adozione e sostegno alle famiglie adottive
<b>OBIETTIVI D'INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE**</b> (politiche ambientali, abitative e urbanistiche, della mobilità, dell'inserimento lavorativo delle persone svantaggiate, della formazione e della scuola, della sicurezza e coesione sociale)
<b>INDICATORI DI RISULTATO***</b>
<b>Percezione di soddisfazione</b>
<b>Descrizione</b> Indagine ad hoc
<b>Significato</b> Si vuole valutare la soddisfazione di alcuni target raggiunti da interventi di sostegno
Dopo il primo triennio si possono valutare gli esiti con indagini ad hoc sulla Qualità della vita, di soddisfazione, di esito

\* I target corrispondono a quelli individuati nel Piano sociale e sanitario regionale 2008-2010.

\*\* Si fa 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.

\*\*\*Gli indicatori sono comprensivi di quelli regionali come esplicitato al punto 4. della Premessa.

**TABELLA 1 -, GLI OBIETTIVI STRATEGICI TRIENNALI DI SALUTE E BENESSERE SOCIALE:**  
**Riferimento TABELLA 2 dell'Atto di indirizzo della CTSS - AREA STRATEGICA2: SVILUPPO DELLA COMUNITA' E COESIONE SOCIALE**

**RIFERITI AI TARGET\***

<b>Responsabilità familiari</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Infanzia adolescenza</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Giovani</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Anziani</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Disabili</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Immigrati stranieri</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Povertà e esclusione sociale</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Salute mentale</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Dipendenza</b> <input checked="" type="checkbox"/>
---	---	--	--	---	--	---	---	---

<b>FINALITÀ</b>		
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani <input checked="" type="checkbox"/>	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)*

**BISOGNI EMERGENTI DAL PROFILO DI COMUNITA' IN AMBITO DISTRETTUALE**

**2/C) Garantire offerta attiva e servizi di prossimità alle persone e alla comunità di servizi quali fattori protettivi per la salute e il benessere**

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

**2/C/1) Garantire offerta attiva alle donne al domicilio nelle fasi pre e postnatali**

2/C/2) Garantire offerta attiva e programmi personalizzati di cura per le persone con malattie croniche nell'ambito dell'assistenza primaria
2/C/3) Garantire offerta attiva ai non autosufficienti e ai fragili (monitoraggio fragili, servizi a distanza e ricoveri di sollievo)
2/C/4) Creazione di Spazi Giovani e centri di aggregazione giovanile
2/C/5) Creazione o consolidamento di interventi di strada, di educazione alla legalità
2/C/6) Fornire servizi di prossimità verso persone multiproblematiche con problemi di dipendenza
2/C/7) Garantire il benessere psicofisico di bambini e adolescenti in situazioni di collocamento in ambito extrafamiliare
2/C/8) Garantire percorsi individualizzati o di piccolo gruppo rivolti a bambini, preadolescenti e adolescenti a rischio (devianza, abbandono scolastico, uso sostanze...) o con contesti familiari fragili o non adeguati a svolgere i loro compiti di cura
<b>OBIETTIVI D'INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE**</b> (politiche ambientali, abitative e urbanistiche, della mobilità, dell'inserimento lavorativo delle persone svantaggiate, della formazione e della scuola, della sicurezza e coesione sociale)
<b>INDICATORI DI RISULTATO***</b>
<b>Iniziative con caratteristiche distintive di proattività e prossimità nelle aree della maternità, infanzia adolescenza, fragilità e non autosufficienza</b>
<b>Descrizione</b> Numero di iniziative e persone raggiunte da programmi attivati nel triennio con caratteri distintivi di proattività e prossimità
<b>Significato</b> Si vuole valutare la capacità del sistema di attivare servizi e interventi attivi nelle aree oggetto di intervento Dopo il primo triennio si possono valutare gli esiti con indagini ad hoc sulla Qualità della vita, di soddisfazione, di esito

\* I target corrispondono a quelli individuati nel Piano sociale e sanitario regionale 2008-2010.

\*\* Si fa 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.

\*\*\*Gli indicatori sono comprensivi di quelli regionali come esplicitato al punto 4. della Premessa.

**TABELLA 1 -, GLI OBIETTIVI STRATEGICI TRIENNALI DI SALUTE E BENESSERE SOCIALE:  
Riferimento TABELLA 2 dell'Atto di indirizzo della CTSS - AREA STRATEGICA 3: CULTURA DELLA SICUREZZA**

**RIFERITI AI TARGET\***

<b>Responsabilità familiari</b>	<b>Infanzia adolescenza</b>	<b>Giovani</b>	<b>Anziani</b>	<b>Disabili</b>	<b>Immigrati stranieri</b>	<b>Povertà e esclusione sociale</b>	<b>Salute mentale</b>	<b>Dipendenza</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

<b>FINALITÀ</b>		
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani	Prevenzione	Cura/Assistenza
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<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 COMUNITA' IN AMBITO DISTRETTUALE**

**Riferimento TABELLA 2 dell'Atto di indirizzo della CTSS - AREA STRATEGICA 3: CULTURA DELLA SICUREZZA**

**3/A) Ridurre i rischi e i danni in ambiente domestico, lavorativo e sulle strade ad alta incidentalità**

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

3/A/1) Contenere i rischi di infortunio negli ambienti domestici, attivando adattamento domestico e progetti di prevenzione (priorità: prevenzione delle cadute)



**TABELLA 1 - , GLI OBIETTIVI STRATEGICI TRIENNALI DI SALUTE E BENESSERE SOCIALE:  
Riferimento TABELLA 2 dell'Atto di indirizzo della CTSS - AREA STRATEGICA3: CULTURA DELLA SICUREZZA**

**RIFERITI AI TARGET\***

<b>Responsabilità familiari</b>	<b>Infanzia adolescenza</b>	<b>Giovani</b>	<b>Anziani</b>	<b>Disabili</b>	<b>Immigrati stranieri</b>	<b>Povertà e esclusione sociale</b>	<b>Salute mentale</b>	<b>Dipendenza</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

<b>FINALITÀ</b>		
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani	Prevenzione	Cura/Assistenza
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" 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 lpab in Asp)*

**BISOGNI EMERGENTI DAL PROFILO DI COMUNITA' IN AMBITO DISTRETTUALE**

**Riferimento TABELLA 2 dell'Atto di indirizzo della CTSS - AREA STRATEGICA3: CULTURA DELLA SICUREZZA**

**3/B) Aumentare le capacità di autocontrollo e la responsabilizzazione dei soggetti produttori e della catena di commercializzazione e degli organizzatori di eventi rivolti ai giovani**

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



3/B/1) Aumentare i controlli (unità produttive e addetti) e la valutazione delle capacità di controllo e applicazione dei dispositivi di sicurezza nei comparti più critici per la salute (alimentazione...)
3/B/2) Vincolare gli organizzatori di eventi a misure preventive di sicurezza quando coinvolgono le giovani generazioni
3/B/3) (...)
3/B/4)
<b>OBIETTIVI D'INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE**</b> (politiche ambientali, abitative e urbanistiche, della mobilità, dell'inserimento lavorativo delle persone svantaggiate, della formazione e della scuola, della sicurezza e coesione sociale)
<b>INDICATORI DI RISULTATO***</b>
<b>Unità produttive e addetti coperti da iniziative di controllo e autovalutazione dei rischi</b> Valori migliorativi rispetto alle condizioni di partenza (2008)
<b>Descrizione</b> Rapporto unità produttive e/o addetti che hanno attive iniziative di controllo della sicurezza e unità/addetti totali
<b>Significato</b> Si vuole valutare la copertura delle iniziative di controllo e autocontrollo nei comparti più critici Si possono valutare anche gli esiti nei comparti in questione campionandone una quota e valutando ex ante ed ex post le condizioni di sicurezza (n. incidenti, n. infortuni...)

\* I target corrispondono a quelli individuati nel Piano sociale e sanitario regionale 2008-2010.

\*\* Si fa 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.

\*\*\*Gli indicatori sono comprensivi di quelli regionali come esplicitato al punto 4. della Premessa.

**TABELLA 1 - , GLI OBIETTIVI STRATEGICI TRIENNALI DI SALUTE E BENESSERE SOCIALE:**  
**Riferimento TABELLA 2 dell'Atto di indirizzo della CTSS - AREA STRATEGICA 4: Lavorare in rete e rafforzare i legami**

**RIFERITI AI TARGET\***

<b>Responsabilità familiari</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Infanzia adolescenza</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Giovani</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Anziani</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Disabili</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Immigrati stranieri</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Povertà e esclusione sociale</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Salute mentale</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Dipendenza</b> <input checked="" type="checkbox"/>
---	---	--	--	---	--	---	---	---

<b>FINALITÀ</b>		
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani <input checked="" type="checkbox"/>	Prevenzione <input checked="" type="checkbox"/>	Cura/Assistenza <input checked="" type="checkbox"/>

<b>RIFERITI ALL'INTEGRAZIONE GESTIONALE E PROFESSIONALE</b> <input checked="" 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>

<b>BISOGNI EMERGENTI DAL PROFILO DI COMUNITA' IN AMBITO DISTRETTUALE</b>
<b>Riferimento TABELLA 2 dell'Atto di indirizzo della CTSS - AREA STRATEGICA 4: Lavorare in rete e rafforzare i legami</b>
<b>4/A) Migliorare il rapporto con i soggetti rappresentativi della società civile e del terzo settore sul piano della informazione e condivisione e delle garanzie verso l'utenza</b>
<b>OBIETTIVO/I PRIORITARIO/I IN AMBITO SOCIALE, SOCIOSANITARIO E DEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI</b>

4/A/1) Rendere disponibile un Bilancio di missione ogni anno e alla scadenza del triennio
4/A/2) Garantire la presenza di una “Carta dei servizi” e di processi di miglioramento continuo della qualità in tutti i servizi pubblici e privati
4/A/3) Individuare modelli operativi e strategie tra servizi sulle tematiche dell’infanzia
4/A/4) Promuovere iniziative di sensibilizzazione sui diritti dell’infanzia e dell’adolescenza
<b>OBIETTIVI D’INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE**</b> (politiche ambientali, abitative e urbanistiche, della mobilità, dell’inserimento lavorativo delle persone svantaggiate, della formazione e della scuola, della sicurezza e coesione sociale)
<b>INDICATORI DI RISULTATO***</b>
<b>a) Documento di rendicontazione sociale;</b> <b>b) Carta dei servizi;</b> <b>c) Indice di gradimento degli stakeholders</b>
<b>Descrizione</b> a) Documento redatto secondo i criteri della rendicontazione sociale; b) Carta dei servizi redatta con riferimento agli impegni e alle garanzie per l’utenza; c) indagine ad hoc
<b>Significato</b> a) capacità di comunicare i risultati di un piano; b) capacità di dare garanzie formali agli utenti; c) valutare la soddisfazione degli stakeholders in merito alla capacità di comunicare gli esiti
a) documento alla fine del triennio b) documento presente nelle organizzazioni principali (Ausl, Servizi Sociali Comuni, ASP, Strutture residenziali) c) Valori da concertare con portatori di interessi in gioco

\* I target corrispondono a quelli individuati nel Piano sociale e sanitario regionale 2008-2010.

\*\* Si fa 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.

\*\*\*Gli indicatori sono comprensivi di quelli regionali come esplicitato al punto 4. della Premessa.

**TABELLA 1 - , GLI OBIETTIVI STRATEGICI TRIENNALI DI SALUTE E BENESSERE SOCIALE:**  
**Riferimento TABELLA 2 dell'Atto di indirizzo della CTSS - AREA STRATEGICA 4: Lavorare in rete e rafforzare i legami**

**RIFERITI AI TARGET\***

<b>Responsabilità familiari</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Infanzia adolescenza</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Giovani</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Anziani</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Disabili</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Immigrati stranieri</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Povertà e esclusione sociale</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Salute mentale</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Dipendenza</b> <input checked="" type="checkbox"/>
---	---	--	--	---	--	---	---	---

<b>FINALITÀ</b>		
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani <input checked="" type="checkbox"/>	Prevenzione <input checked="" type="checkbox"/>	Cura/Assistenza <input checked="" 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 COMUNITA' IN AMBITO DISTRETTUALE**

**4/B) Rendere visibili i "patti" con le parti sociali e gli accordi tra servizi, Enti e A.G.**

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

4/B/1) Rinnovare gli Accordi-quadro con le istituzioni scolastiche per l'inserimento dei disabili

4/B/2) Rinnovare gli Accordi di Programma e le convenzioni tra EE.LL. e Ausl per la gestione integrata dei servizi sociosanitari
4/B/3) Formalizzare Protocolli Operativi nelle aree di bisogno e servizio più critiche (maternità e infanzia, sostegno responsabilità genitoriali, riabilitazione sociale disabili e salute mentale, disabilità infantile) e nelle aree di confine (passaggio età adulta, doppie diagnosi sociali e sanitarie)
4/B/4) (.....)
<b>OBIETTIVI D'INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE**</b> (politiche ambientali, abitative e urbanistiche, della mobilità, dell'inserimento lavorativo delle persone svantaggiate, della formazione e della scuola, della sicurezza e coesione sociale)
<b>INDICATORI DI RISULTATO***</b>
<b>Documenti formalizzati, validati e autorizzati dai diversi Enti coinvolti</b>
<b>Descrizione</b> Presenza di protocolli e procedure formalizzati
<b>Significato</b> Si vuole valutare la capacità di condividere iniziative e impegni tra Enti e Istituzioni e la loro capacità di rendere trasparenti tali patti
Documenti redatti secondo i criteri di qualità/accreditamento

\* I target corrispondono a quelli individuati nel Piano sociale e sanitario regionale 2008-2010.

\*\* Si fa 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.

\*\*\*Gli indicatori sono comprensivi di quelli regionali come esplicitato al punto 4. della Premessa.

**TABELLA 1 - , GLI OBIETTIVI STRATEGICI TRIENNALI DI SALUTE E BENESSERE SOCIALE:  
Riferimento TABELLA 2 dell'Atto di indirizzo della CTSS - AREA STRATEGICA 5: Equità distributiva**

**RIFERITI AI TARGET\***

<b>Responsabilità familiari</b>	<b>Infanzia adolescenza</b>	<b>Giovani</b>	<b>Anziani</b>	<b>Disabili</b>	<b>Immigrati stranieri</b>	<b>Povertà e esclusione sociale</b>	<b>Salute mentale</b>	<b>Dipendenza</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

<b>FINALITÀ</b>		
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani	Prevenzione	Cura/Assistenza
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" 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 COMUNITA' IN AMBITO DISTRETTUALE**

**5) Assicurare l'equità distributiva**

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

- 5/1) Rendere tendenzialmente omogeneo il finanziamento dei servizi sanitari e sociosanitari nelle tre aree territoriali
- 5/2) Equilibrare le risorse impiegate nell'area sociosanitaria

5/3) Garantire pari opportunità alle popolazioni servite in ragione dei loro bisogni e dei loro diritti esigibili
5/4) (.....)
<b>OBIETTIVI D'INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE**</b> (politiche ambientali, abitative e urbanistiche, della mobilità, dell'inserimento lavorativo delle persone svantaggiate, della formazione e della scuola, della sicurezza e coesione sociale)
<b>INDICATORI DI RISULTATO***</b>
<b>Costo medio procapite su base distrettuale (sanità e socio-sanitario)</b>
<b>Descrizione</b> Costi mediamente assorbiti dalla popolazione residente nelle aree interessate di spesa)
<b>Significato</b> Si vuole valutare la capacità di tenere in equilibrio le risorse investite e consumate dalla popolazione Tendenziale riduzione del divario nel consumo medio procapite di risorse

\* I target corrispondono a quelli individuati nel Piano sociale e sanitario regionale 2008-2010.

\*\* Si fa 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.

\*\*\*Gli indicatori sono comprensivi di quelli regionali come esplicitato al punto 4. della Premessa.

**TABELLA 1 - , GLI OBIETTIVI STRATEGICI TRIENNALI DI SALUTE E BENESSERE SOCIALE:**  
**Riferimento TABELLA 2 dell'Atto di indirizzo della CTSS - AREA STRATEGICA 6: Disuguaglianza nell' accesso ai servizi**

**RIFERITI AI TARGET\***

<b>Responsabilità familiari</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Infanzia adolescenza</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Giovani</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Anziani</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Disabili</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Immigrati stranieri</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Povertà e esclusione sociale</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Salute mentale</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Dipendenza</b> <input checked="" type="checkbox"/>
---	---	--	--	---	--	---	---	---

<b>FINALITÀ</b>		
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani <input checked="" type="checkbox"/>	Prevenzione <input checked="" type="checkbox"/>	Cura/Assistenza <input checked="" 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 COMUNITA' IN AMBITO DISTRETTUALE**

**6) Contrastare le disuguaglianze di accesso ai servizi che interessano le popolazioni più deboli**

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

6/1) Garantire diffusa informazione multilingue e servizi di orientamento



6/2) Garantire mediazione culturale e formazione all'interculturalità per gli operatori dei servizi pubblici a contatto con popolazioni immigrate
6/3) Contrasto all'abbandono scolastico e sostegno nell'apprendimento
6/4) Favorire l'inserimento sociale della popolazione immigrata, con particolare attenzione alle fasce più deboli ( donne e bambini)
<b>OBIETTIVI D'INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE**</b> (politiche ambientali, abitative e urbanistiche, della mobilità, dell'inserimento lavorativo delle persone svantaggiate, della formazione e della scuola, della sicurezza e coesione sociale)
<b>INDICATORI DI RISULTATO***</b>
<b>Indice di soddisfazione</b> Valori di partenza da indagare
<b>Descrizione</b> indagine ad hoc (eventuale campione utenza)
<b>Significato</b> Si vuole indagare la capacità di attivare servizi di informazione mediazione per garantire migliori condizioni di accesso ai servizi
Valori migliorativi rispetto alle condizioni di partenza

\* I target corrispondono a quelli individuati nel Piano sociale e sanitario regionale 2008-2010.

\*\* Si fa 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.

\*\*\*Gli indicatori sono comprensivi di quelli regionali come esplicitato al punto 4. della Premessa.

**TABELLA 1 - , GLI OBIETTIVI STRATEGICI TRIENNALI DI SALUTE E BENESSERE SOCIALE:**  
**Riferimento TABELLA 2 dell'Atto di indirizzo della CTSS - AREA STRATEGICA 7: Integrazione delle politiche**

**RIFERITI AI TARGET\***

<b>Responsabilità familiari</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Infanzia adolescenza</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Giovani</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Anziani</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Disabili</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Immigrati stranieri</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Povertà e esclusione sociale</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Salute mentale</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Dipendenza</b> <input checked="" type="checkbox"/>
---	---	--	--	---	--	---	---	---

<b>FINALITÀ</b>		
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani <input checked="" type="checkbox"/>	Prevenzione <input checked="" type="checkbox"/>	Cura/Assistenza <input checked="" 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 COMUNITA' IN AMBITO DISTRETTUALE**

**7) Assicurare l'integrazione delle politiche maggiormente incidenti sulla salute e sul benessere**

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

7/1) Garantire politiche orientate all'aiuto e supporto nella ricerca di una casa alle popolazioni più vulnerabili

7/2) Garantire opportunità e percorsi di inserimento lavorativo per le persone più vulnerabili socialmente

7/3) Consolidare le politiche educative e scolastiche per sostenere e integrare le responsabilità genitoriali e in funzione tutelare verso i diritti dei bambini
7/4) Consolidare le politiche dell'assetto territoriale (ambiente, urbanistica, viabilità...) per contrastare i rischi per la salute in tutti i luoghi di vita
7/5) Sviluppare le politiche giovanili, del tempo libero e della cultura in funzione della partecipazione degli adolescenti e dei giovani e delle loro capacità di mutuo-aiuto verso i pari
7/6) Innovare le politiche della sicurezza orientandole allo sviluppo di una cultura del rispetto delle regole e del diritto alla salute in tutti gli ambiti di vita
7/7) Sviluppare azioni ed iniziative volte al contrasto all'abuso ed al maltrattamento

**OBIETTIVI D'INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE\*\*** (politiche ambientali, abitative e urbanistiche, della mobilità, dell'inserimento lavorativo delle persone svantaggiate, della formazione e della scuola, della sicurezza e coesione sociale)

### INDICATORI DI RISULTATO\*\*\*

#### Indice di soddisfazione portatori di interesse

##### Descrizione

Indagine ad hoc

##### Significato

Si vuole indagare la capacità di attivare in maniera integrata le politiche per la salute e il benessere

Valori da concertare con portatori di interessi in gioco (gruppo di promotori/valutatori)

\* I target corrispondono a quelli individuati nel Piano sociale e sanitario regionale 2008-2010.

\*\* Si fa 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.

\*\*\*Gli indicatori sono comprensivi di quelli regionali come esplicitato al punto 4. della Premessa.



## **Parte VI : Monitoraggio e valutazione**

Il monitoraggio e la valutazione degli interventi costituiscono due momenti fondamentali sia per quanto attiene il raggiungimento degli obiettivi di efficienza ed efficacia, sia per intervenire con appropriatezza sulla base di eventuali mutamenti o evoluzioni che dovessero verificarsi in corso d'opera.

Le metodiche di rilevazione dei risultati ed i valori di riferimento assunti, sono riportati in ciascuna tabella illustrativa delle azioni da porre in essere per il raggiungimento degli obiettivi individuati quali risposte ai bisogni emergenti per target.

Gli stessi tavoli di lavoro, una volta esaurita la fase di rilevazione dei bisogni e individuazione degli obiettivi a livello Distrettuale, hanno unanimemente convenuto sull'opportunità di mantenere aperto il canale comunicativo avviato attraverso momenti di verifica e confronto periodico condiviso.

Già in occasione dei Piani di zona per il triennio 2005 – 2007 i Servizi Sociali Associati hanno individuato strumenti per la valutazione della qualità, valorizzando anche il ruolo dei cittadini fruitori dei servizi e delle organizzazioni che ne rappresentano e tutelano gli interessi. Tale approccio ha portato a prevedere nelle singole convenzioni di servizi momenti di verifica congiunta circa la qualità dei servizi, su indicatori previamente individuati, per monitorare le aree di miglioramento e per assicurare adeguati livelli di qualità in riferimento agli indicatori più sensibili rispetto a quanto richiesto dalle norme e dalle istanze espresse dai cittadini.

I Servizi Sociali Associati hanno anche partecipato all'adozione sperimentale di forme di controllo della qualità dei servizi erogati e dell'organizzazione nei suoi aspetti fondamentali, aderendo a progetti per l'applicazione della metodologia di autovalutazione CAF (Common Assessment Framework ).

Si ritiene di confermare e sviluppare le esperienze già in essere, seguendo le indicazioni contenute nella “Direttiva per una Pubblica Amministrazione di qualità” emanata dal Ministro per le Riforme e le Innovazioni nella Pubblica Amministrazione nel dicembre 2007. In tale documenti si fa espresso riferimento al CAF come metodologia di autodiagnosi organizzativa e quale strumento per la gestione della qualità specificamente realizzato per favorire l'introduzione dell'autovalutazione e della cultura della qualità nelle Amministrazioni pubbliche dell'Unione Europea. Per le sue caratteristiche di strumento pensato appositamente per il settore pubblico, e per la sua limitata onerosità in termini di costi e di tempi di applicazione, il CAF è particolarmente utile e adatto ad Amministrazioni che intendono sviluppare logiche del miglioramento continuo.

A tal proposito si prevede, nell'arco del triennio 2009 - 2011, di utilizzare la metodologia di autovalutazione CAF coinvolgendo progressivamente, a fronte di sperimentazioni dedicate e “testate”, tutti i portatori di interesse e aggiornando i documenti della qualità già realizzati in precedenza.

Nell'arco di validità del prossimo piano di zona distrettuale per la salute e il benessere sociale sarà implementata la carta dei servizi sociali, aggiornandola per le parti già realizzate (i servizi in area handicap) e inserendo i servizi rivolti agli anziani e ai minori.

La possibilità di confrontare i risultati, avendo come riferimento l'ambito sovra distrettuale, sia esso provinciale o regionale, potrà avvalersi della metodologia standardizzata conformemente alle indicazioni in merito emanate dalla Regione Emilia-Romagna.



## **Parte VII : Orientamenti per la programmazione finanziaria triennale relativa agli interventi sociali, sociosanitari e sanitari territoriali**

Il primo elemento fortemente condizionante qualsiasi programmazione legata ai progetti ed agli interventi, così come espressi nel presente Piano a validità triennale, è costituito dalla conferma del volume di finanziamento complessivo (sia in consolidamento o aumento dello stesso), che vede il concorso di risorse diversificate sia per quanto riguarda le fonti (Statali, Regionali, Provinciali, Comunali ecc.) che per quanto attiene alla loro natura (Fondo sanitario, Fondo sociale, Fondi dedicati ecc.).

Il livello di questi finanziamenti determina la capacità/possibilità di mantenere i livelli che sono stati definiti per l'anno 2009; Il Piano presuppone dunque continuità di impegno nel triennio 2009-2011 da parte degli EE.LL. concorrenti e presuppone una base finanziaria non decrescente per le annualità successive e proponendo di fatto una proiezione sul triennio a regime dell'anno 2009..

Nell'ambito della programmazione triennale, ci si riserva quindi di adeguare la previsione che deriva per l'anno 2009 sugli anni successivi, sulla scorta dell'andamento dei flussi effettivi di finanziamento sia da parte della Regione Emilia-Romagna che da parte dello Stato, nella consapevolezza che il difficile quadro economico che stiamo attraversando possa indurre una limitatezza di risorse disponibili da parte degli Enti territoriali con conseguenze di difficile gestione dei servizi e pericolosi effetti "a fisarmonica" nella erogazione degli stessi.

In questo contesto avranno sempre maggiore rilevanza le ricerche di apporti nuovi e diversi, pertanto saranno poste in essere tutte le possibili iniziative per incrementare la partecipazione e l'apporto da privati ed il contributo da parte delle Fondazioni.