

**CONFERENZA TERRITORIALE SOCIALE E
SANITARIA
DEL TERRITORIO CESENATE**



**ATTO DI INDIRIZZO E
COORDINAMENTO TRIENNALE**

Indice

Introduzione	5
1. Quadro di riferimento	9
2. Profilo di Comunità: sintesi dei bisogni e delle principali criticità per la salute e il benessere sociale della popolazione dei comuni del cesenate	11
2.1 Il contesto locale.....	11
2.2 Famiglie e genitorialità	12
2.3 Salute e benessere sociale dei bambini.....	13
2.4 Salute e benessere sociale dei giovani	14
2.5 Salute e benessere sociale degli anziani.....	15
2.6 Salute e benessere delle persone disabili	16
2.7 Salute e benessere sociale della popolazione immigrata.....	17
2.8 Malattie cronico degenerative e stili di vita.....	18
2.9 Salute e benessere sociale delle persone con disturbi mentali	19
2.10 Accesso ai servizi sociali e sanitari	19
2.11 Qualità degli ambienti e degli alimenti	20
2.12 Accesso alla casa	21
2.13 Sicurezza stradale	22
2.14 Sicurezza sul lavoro.....	22
3. Indirizzi e priorità strategiche per i Piani distrettuali per la salute e il benessere sociale	25
3.1 Target di popolazione	25
3.1.1 La donna e la famiglia	25
3.1.2 Infanzia e adolescenza	26
3.1.3 Giovani.....	27
3.1.4 Anziani	28
3.1.5 Persone con disabilità	29
3.1.6 Persone con disturbi mentali	30
3.1.7 Persone con dipendenze patologiche	31
3.1.8 Immigrati	32
3.2 Tematiche trasversali	32
3.2.1 Promuovere stili di vita sani	32
3.2.2 Screening oncologici.....	33
3.2.3 Assetto organizzativo e struttura dei servizi	33
3.2.4 Sistema delle emergenze sanitarie	33
3.2.5 La qualità dei servizi offerti	34
3.3 Integrazione delle politiche	35
3.3.1 Il lavoro.....	35
3.3.2 La scuola	36
3.3.3 La salubrità ambientale	36
3.3.4 La sicurezza degli alimenti	37
3.3.5 La sicurezza stradale	37
3.3.6 La casa.....	37
3.4 Programmazione di area vasta romagna	38
3.5 Indirizzi e strategie per il Programma Attuativo Locale.....	39
3.6 Programmi formativi degli operatori	43
3.7 Programmi provinciali in area sociale.....	44
3.8 Priorità degli investimenti	47

4.	Indirizzi per il coordinamento, la partecipazione, il monitoraggio e la valutazione	49
4.1	Indirizzi per la governance e il coordinamento interistituzionale	49
4.2	Indirizzi per la partecipazione e la concertazione	50
4.3	Indirizzi per il monitoraggio e la valutazione	51

Allegati all'Atto

Allegato 1: Raccordo programmazione provinciale con i programmi distrettuali (a cura della Provincia)

Allegato 2: Profilo di Comunità 1° parte: Le caratteristiche e i bisogni della Comunità

Allegato 3: Profilo di Comunità 2° parte: Offerta e domanda dei servizi sociali e sanitari

Allegato 4: Gruppi focus: analisi delle criticità sociali e sanitarie emerse dagli incontri con i gruppi di attori sociali del comprensorio Cesenate

Allegato 5: Valutazione tecnica delle criticità emerse dal Profilo di Comunità e dai gruppi focus

Introduzione

L'Atto di indirizzo è lo strumento di programmazione triennale attraverso il quale la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria esercita il proprio compito di coordinamento ed indirizzo per la programmazione di ambito sociale, sanitario e sociosanitaria di livello distrettuale.

L'obiettivo è quello di integrare e armonizzare i differenti strumenti che incidono sullo stesso bacino territoriale, nel rispetto delle competenze e delle autonomie dei diversi soggetti istituzionali.

In particolare l'Atto assicura il raccordo tra i diversi livelli di programmazione (regionale, provinciale, aziendale e distrettuale) e tra i diversi strumenti ed i diversi ambiti di pianificazione locali (piani di zona distrettuali per la salute ed il benessere sociale, Piano Attuativo Locale ecc...)

Inoltre l'Atto indica gli ambiti dell'integrazione sociale e sanitaria comprendendo l'ambito della non autosufficienza e l'integrazione con le altre politiche (ambientali, del lavoro ecc...)¹.

L'Atto di Indirizzo della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria cesenate è quindi un documento sintetico ma complesso, la cui elaborazione ha comportato un processo tecnico e politico che si è sviluppato nei mesi e che ha implicato l'integrazione di diversi saperi e di diverse professionalità le quali si sono messe insieme per dotare il territorio di uno strumento di indirizzo che fosse unico e ricompositivo delle diverse esigenze territoriali sociali, sanitarie e di integrazione anche con altri settori. La sfida maggiore è stata quella di creare un atto che non fosse "calato dall'alto" ma che rispettasse il più possibile le esigenze ed i bisogni prioritari del territorio tramutandoli in obiettivi ed in indirizzi per il triennio, declinabili a livello distrettuale secondo le specificità territoriali.

Alla preparazione dell'Atto hanno contribuito gli Uffici di Piano dei due distretti, i Direttori dei distretti, i Direttori dell'Azienda usl, i responsabili dei servizi sociali dei comuni, i rappresentanti della Provincia con il coordinamento dell'Ufficio di Supporto della CTSS. Sono stati inoltre coinvolti in tutto il processo programmatico le rappresentanze dei diversi soggetti sociali (volontariato, operatori, organizzazioni sindacali, imprenditori..).

Struttura e processo costitutivo dell'Atto

Il processo di costruzione dell'Atto ha attraversato diverse fasi che si sono poi concretizzate nei diversi capitoli ed in diversi allegati. Di seguito si ripercorre velocemente il percorso svolto e la relativa strutturazione.

L'Atto di Indirizzo trae la sua origine in primis dall'analisi dei bisogni sanitari e di benessere sociale della Comunità del comprensorio cesenate. Tale analisi è stata svolta con metodologie sia quantitative che qualitative e attraverso l'utilizzo di diversi strumenti; inizialmente è stata prodotta una analisi statistico-epidemiologica che è descritta nel documento ***Profilo di Comunità–parte prima: le caratteristiche e i bisogni della Comunità (Allegato n.2)***. Tale analisi ha mirato a cogliere gli aspetti peculiari del territorio in riferimento ai diversi target di popolazione e alle diverse problematiche sociali e sanitarie (e affini).

¹ Sintesi tratta dal documento regionale "Linee per la definizione del ruolo e del funzionamento delle conferenze territoriali sociali e sanitarie e dell'atto di indirizzo e coordinamento"

Successivamente si sono organizzati nove incontri con diversi stakeholders² della Comunità (sindacati, imprese, volontariato, scuole, ecc.), organizzati su base distrettuale, durante i quali, a partire dalle criticità e degli spunti di riflessione offerti dal documento *Profilo di Comunità*, sono emersi e sono stati ulteriormente specificati alcuni bisogni considerati prioritari. **(Gruppi Focus)(Allegato 4)**. L'Ufficio di Supporto alla Conferenza ha poi elaborato una sintesi delle due analisi raccogliendo e ricomponendo le priorità in unico documento che è andato a costituire il capitolo 2 dell'Atto. Un gruppo di tecnici di area sociale e sanitaria³ ha valutato il livello di impatto e di risolvibilità dei problemi individuati, proponendo una classificazione di supporto e orientamento per i Comitati di Distretto per l'individuazione delle priorità **(Valutazione tecnica delle criticità emerse dal Profilo di Comunità e dai Gruppi Focus (Allegato 5)**.

Un altro documento che ha affiancato e completato l'analisi di sfondo all'Atto di indirizzo è costituito dal **Profilo di Comunità-parte seconda-Offerta e domanda dei servizi sociali e sanitari (Allegato 3)**.

In tale documento, sulla base di alcune indicazioni della Regione⁴ e sulla base di ulteriori fonti disponibili presso i Comuni e l'Azienda Usl, sono stati raccolti tutti i dati a disposizione relativi all'offerta e alla domanda di servizi sociali, sanitari e sociosanitari presenti nel territorio. Incrociando quindi bisogni del territorio emersi e percepiti e la domanda/offerta di servizi, è stato possibile creare un quadro generale sulla situazione del territorio che facesse emergere priorità ma anche risposte della rete dei servizi costituendo quindi la base per la determinazione degli indirizzi e degli obiettivi per le diverse programmazioni (capitolo 3).

Importante in tutto il processo costitutivo dell'Atto è stato anche il contributo della Provincia, sia per quanto riguarda il lavoro svolto *sull'integrazione tra le politiche socio-sanitarie e le altre politiche territoriali nell'ambito provinciale (allegato 1)*, sia per quanto riguarda gli indirizzi dati nell'ambito delle materie di competenza provinciale in area sociale, all'interno quindi del capitolo terzo.

Pertanto, il capitolo terzo, parte centrale dell'Atto, fornisce gli indirizzi e le priorità strategiche per i Piani distrettuali per la salute e il benessere sociale, per il Programma Attuativo Locale, per lo sviluppo di interventi integrati con altre politiche che hanno impatto su salute e benessere, per i programmi provinciali in area sociale, per i programmi formativi e di riqualificazione degli operatori e per l'individuazione delle priorità degli investimenti da finanziare ai sensi della L.R 2/03. Durante tutta la predisposizione del capitolo si

² *Stakeholders*: letteralmente "portatori di interessi" ossia tutti coloro che, per il loro ruolo lavorativo o sociale, hanno interesse diretto o indiretto in un determinato argomento. In questo caso l'argomento è "la salute ed il benessere sociale della Comunità" a cui quindi concorrono con modalità e scopi diversi, molti "attori sociali" (volontariato, sindacati, mondo dell'imprenditoria, della scuola, dell'università ecc...)

³ Facevano parte del gruppo: i membri dell'Ufficio di Supporto alla CTSS, i Direttori di Distretto, il Direttore Sanitario dell'Ausl, il Responsabile del Nucleo Valutazione Ausl, i Responsabili degli Uffici di Piano dei due Comuni capofila.

⁴ Attraverso il documento di indirizzo del profilo di Comunità, la regione ha fornito una serie di indicatori utilizzabili per la rilevazione di dati sulla domanda e l'offerta dei servizi. Tali indicatori sono stati a loro volta integrati con altri indicatori disponibili a livello territoriale creando così un unico database di informazioni sulla rete dei servizi sociali e sanitari.

è cercato di mantenere fede ai bisogni e alle criticità individuati precedentemente, si sono esposti gli argomenti per target di popolazione e si sono suddivisi gli indirizzi in sanitari, sociali e sociosanitari, per meglio aiutare poi in fase organizzativa le programmazioni distrettuali.

L'ultimo capitolo, infine, riporta gli indirizzi per il coordinamento, la partecipazione, il monitoraggio e la valutazione già considerati, allo stato attuale, parte integrante del percorso programmatico ma oggetto di ulteriori sviluppi e miglioramenti nel corso del triennio ed in vista delle prossime programmazioni.

1. Quadro di riferimento

Lo sviluppo di una società solidale, i cui diritti siano esigibili ed in cui alto valore sia rappresentato dalla coesione sociale, rappresenta un indiscutibile fattore di crescita e di competitività per la nostra comunità.. Per affrontare i problemi sempre più articolati e complessi sono necessarie risposte unitarie e integrate che superino visioni riduttive e settoriali.

Questo orientamento, più volte ribadito attraverso documenti legislativi e programmatori, è stato ricomposto e sancito nel nuovo Piano Sociale e Sanitario 2008-2010. Per la prima volta gli orientamenti programmatori regionali sociali e sanitari si integrano in un unico Piano proprio a sottolineare e rimarcare la necessità di pensare e agire alle problematiche sociali, sanitarie in maniera sinergica e trasversale tra i diversi settori.

Pertanto, il presente documento riconosce negli orientamenti programmatori generali del Piano Sociale e Sanitario Regionale il punto di partenza per gli sviluppi successivi della programmazione anche a livello locale. In particolare si ricordano:

- **l'integrazione istituzionale e delle politiche** che prevede lo sviluppo di diverse forme di governance a livello provinciale, distrettuale e dei Comuni, per raggiungere obiettivi di interesse comune anche a settori diversi (politiche sanitarie, ambientali, urbanistiche, abitative, formative, occupazionali, private..)
- **l'integrazione organizzativa e professionale** nei servizi e tra i servizi sociali e sanitari per dare risposte integrate a bisogni complessi che implicano una presa in carico globale della persona con un approccio multidisciplinare e multidimensionale.
- **La comunicazione e la partecipazione della comunità competente** (terzo settore, no-profit, cittadinanza attiva) attraverso l'integrazione a livello locale dei punti informativi e dei servizi e valorizzando la partecipazione della comunità nelle scelte per la salute e nella programmazione sociale e sanitaria.
- **L'innovazione nei servizi** attraverso innovazioni biomediche e tecnologiche per i servizi sanitari e innovazioni organizzative e professionali (in particolare la qualificazione del personale e l'introduzione di sistemi informativi integrati).

Tali orientamenti generali, naturalmente, vanno declinati sulla base delle particolarità del nostro territorio che, negli ultimi anni, ha espresso la propria programmazione sociale e sanitaria attraverso gli obiettivi contenuti nei Piani Sociali di Zona, nel Programma delle Attività Territoriali e nel Piano per la Salute.

Per far fronte a tali obiettivi, nel corso degli anni, gli Enti locali e l'Azienda Usl hanno investito considerevoli risorse umane ed economiche ottenendo buoni risultati, seppur ulteriormente migliorabili, ad esempio: nello sviluppo delle attività per gli anziani e la non autosufficienza in genere, con particolare attenzione nei confronti dei famigliari che si prendono cura, (grazie anche all'introduzione del Fondo regionale per la Non Autosufficienza); nello sviluppo delle politiche giovanili; nella riorganizzazione dei servizi sociali e socio sanitari in modo maggiormente integrato tra gli Enti coinvolti; nell'inserimento lavorativo delle persone svantaggiate; nella organizzazione distrettuale del territorio; nella costituzione dei nuclei di cure primarie e nello sviluppo degli Hospice; nella costituzione del punto unico di accesso; nel miglioramento delle attività

clinica a tutela della salute mentale e per la cura e prevenzione delle tossicodipendenze; nella promozione di stili di vita sani e nella riduzione degli incidenti stradali con conseguenze gravi e/o mortali.

Su alcuni temi si registrano ancora delle criticità legate in parte alla loro complessità e in parte alla mancanza delle risorse adeguate le quali, data l'entità necessaria, difficilmente possono essere recuperate dagli Enti interessati nell'ambito dei propri bilanci.

Questo breve richiamo agli obiettivi prioritari delle programmazioni precedenti pone il tema dell'importanza della verifica dei risultati ottenuti. A tal proposito si sottolinea come, negli ultimi anni, siano andati perfezionandosi appositi strumenti di rendicontazione e verifica della attività e delle risorse impiegate per un monitoraggio costante e utile alla programmazione, come i Bilanci Sociali dei Comuni (Comune di Mercato Saraceno e Cesena), il Bilancio di Missione dell'Azienda Usl e la sperimentazione di percorsi valutativi dei programmi finalizzati dei Piani sociali di zona attuata nei Distretti Rubicone e Cesena Valle Savio. Tali strumenti valutativi sono andati ad affiancarsi ai consueti documenti economici (bilanci economici preventivi e consuntivi, bilancio di esercizio ecc...) proprio per specificare e chiarire l'andamento delle attività in relazione a quanto programmato.

Ai fini della costruzione del presente Atto, notevole rilievo ha assunto la rilevazione ad hoc svolta sui principali servizi erogati e/o sostenuti dai comuni e dall'Azienda USL di cui vengono riportati i dati nel documento "*Profilo di Comunità-parte seconda-Offerta e domanda dei servizi sociali e sanitari*" allegato al presente Atto. Tale documento, oltre a fornire una mappatura chiara ed integrata, dell'offerta dei servizi sociali e sanitari presenti sul territorio, fornisce il trend degli ultimi 3 anni dell'andamento delle attività con una analisi delle specificità e delle caratteristiche che l'hanno determinato.

La nuova fase programmatoria che ha inizio con il presente Atto e che continuerà poi a livello distrettuale con i Piani di zona distrettuali per il benessere e la salute, dovrà prevedere un ulteriore perfezionamento degli strumenti di rendicontazione in modo da renderli più omogenei e strutturati.

Da rimarcare in conclusione l'importanza di presidiare con attenzione e costanza l'integrazione di tutte le politiche che possono influire sul benessere e salute della nostra comunità. Da questo punto di vista di rilievo sarà la valorizzazione del ruolo di coordinamento svolto dall'Amministrazione provinciale che a tal fine ha già costituito appositi tavoli politici e tecnici intersettoriali ed interistituzionali. Il contenuto del documento (allegato 1) costituisce un primo approfondimento sugli strumenti programmatori a livello provinciale ove poter giocare una maggiore integrazione delle politiche.

2. Profilo di Comunità: sintesi dei bisogni e delle principali criticità per la salute e il benessere sociale della popolazione dei comuni del cesenate

Il Profilo di Comunità⁵ mostra un'immagine complessivamente buona del territorio, sia per quanto riguarda lo stato di salute e di benessere sociale della nostra popolazione, e sia per quanto concerne la risposta dei servizi alla domanda di assistenza sociale e sanitaria.

Il nostro territorio è ricco di risorse economiche e sociali che rappresentano un terreno favorevole allo sviluppo di iniziative di mantenimento e promozione del benessere. Esistono, tuttavia, alcune aree critiche che si è cercato di evidenziare attraverso l'analisi di dati demografici, epidemiologici e socio-economici integrata con l'ascolto dei rappresentanti delle organizzazioni sociali che operano nel nostro contesto. Con questi ultimi sono stati organizzati una decina di incontri di discussione condotti sullo stile dei gruppi focus⁶. Di seguito verranno descritte le principali criticità rilevate, riportando per ciascuna di esse le rilevazioni quantitative e qualitative raccolte.

Un gruppo di tecnici di area sociale e sanitaria ha valutato il livello di impatto e di risolvibilità dei problemi individuati e ha proposto una classificazione⁷ che può aiutare i comitati di Distretto nella scelta delle priorità sulle quali concentrare maggiormente l'attenzione nella programmazione distrettuale.

2.1 Il contesto locale

Dal Profilo di Comunità emerge che:

- Nei 15 comuni del cesenate vivono circa 200.000 abitanti. La fascia collinare-pianeggiante è la più popolosa; il Comune di Cesena, con i suoi 95.000 cittadini, rappresenta circa il 50% della popolazione residente.
- I cambiamenti nella struttura demografica della popolazione, in linea con il contesto regionale, nazionale ed europeo, sono rappresentati da: invecchiamento della popolazione, costante aumento di cittadini di origine straniera e leggera ripresa della natalità.
- Il tenore di vita, in linea con quello regionale, si mantiene a livelli alti. La voce di spesa maggiore per le famiglie è quella relativa all'abitazione (mutui, affitti), in continua crescita negli ultimi anni. Aumentano le famiglie in povertà relativa (+44% in regione) e si riduce il potere di acquisto delle famiglie.
- La struttura imprenditoriale della provincia si basa essenzialmente su una solida piccola-media impresa; in aumento l'imprenditoria extracomunitaria.
- Il livello di occupazione è alto, anche se emergono elementi di criticità in alcune fasce della popolazione, in particolare: i giovani (problemi di precariato e/o lavoro poco qualificato), le persone

⁵ vedi allegato 2 "Le caratteristiche e i bisogni della comunità" e allegato3 "Offerta e domanda dei servizi sociali e sanitari"

⁶ vedi allegato 4: "Gruppi focus"

⁷ vedi allegato 5: "Valutazione tecnica delle criticità emerse dal Profilo di Comunità e dai gruppi focus"

di 30-49 anni (difficoltà nel reinserimento lavorativo) e le donne (difficoltà a conciliare lavoro professionale e quello in ambito familiare).

- Il territorio è caratterizzato da un elevato "capitale sociale"; sotto questo profilo la provincia di Forlì-Cesena si colloca al 3° posto in Regione e all'11° in Italia. L'associazionismo è vivace, con più di 700 associazioni attive sul territorio.

I gruppi focus segnalano che:

- *Si avverte una mancanza di connessione tra Università e Imprenditoria; si propone la valorizzazione degli Enti presenti nel territorio attraverso partnership positive per lo sviluppo e la creazione di opportunità lavorative per i laureati e diplomati (per prevenirne la "fuga" in cerca di lavoro) anche con la promozione di progetti di alternanza scuola lavoro e di ricerca scientifica.*
- *Si dovrebbero sviluppare azioni dirette alla riduzione del precariato.*

2.2 Famiglie e genitorialità

Dal Profilo di Comunità emerge che:

- il numero di famiglie cresce, ma si riduce il numero di componenti per nucleo familiare: aumentano le coppie senza figli e le famiglie unipersonali, spesso composte da donne anziane;
- il numero di matrimoni è in diminuzione, mentre aumentano separazioni e divorzi;
- cresce il numero di bambini che vivono con un solo genitore;
- l'età del matrimonio e del primo figlio è sempre più alta;
- aumentano i casi di famiglie problematiche con situazioni di fragilità ed inadeguatezza genitoriale che in casi estremi possono comportare l'affidamento dei minori ai servizi sociali;
- diminuisce il potere di acquisto delle famiglie e aumentano le famiglie in povertà relativa.

I gruppi focus segnalano che:

- *Le famiglie si trovano ad affrontare sempre più problemi economici e sociali per i quali non sembrano esserci sufficienti risposte da parte dei servizi del territorio.*
- *La famiglia è fortemente avvertita come base della società e del suo sviluppo futuro. Il sostegno ai genitori (economico, formativo,...), in particolare alle madri lavoratrici, è sentito come fondamentale per la crescita in completo benessere di bambini e adolescenti. Diventa sempre più complessa la conciliazione dei tempi di vita, di lavoro e di cura, specie per il genere femminile.*
- *Si segnala un aumento di situazioni, anche borderline, di inadeguatezza genitoriale non debitamente affrontate. Gli educatori (genitori, insegnanti, operatori, sociali) esprimono l'esigenza di apprendere nuove tecniche e pratiche per comprendere e rispondere più efficacemente ai bisogni dei giovani.*

Proposta di obiettivi per la scelta delle priorità per il triennio:

- sostenere la genitorialità e prevenire le situazioni di disagio familiare che possono avere ripercussioni sulle condizioni di salute e benessere dei figli

- favorire la conciliazione dei tempi di lavoro, di cura e di vita della famiglia
- contrastare l'impoverimento (economico e sociale) delle famiglie

2.3 Salute e benessere sociale dei bambini

Dal Profilo di Comunità emerge che:

- Il tasso di natalità è in ripresa: 8.8‰ nel Distretto di Cesena- ValleSavio e 10.5‰ in quello del Rubicone.
- Nel Distretto Rubicone la popolazione da 0 a 14 anni è proporzionalmente maggiore rispetto al Distretto Cesena-Valle Savio (11% vs 9%); il Comune più "giovane" è San Mauro Pascoli (19%).
- Lo stato di salute dei minori è complessivamente buono, tuttavia emergono aree critiche che riguardano:
 - la percentuale di sovrappeso ed obesità diffuse nella popolazione infantile: a 6 anni il 15% dei bambini è in sovrappeso ed il 9% obeso; a 9 anni si sale rispettivamente al 19% e all'11%.
 - I bambini figli di stranieri, pari al 10% della popolazione pediatrica, presentano indicatori di salute complessivamente peggiori rispetto ai figli di cittadini italiani, con un maggior rischio di nascite premature, basso peso alla nascita, patologie perinatali, asma, otiti e gastroenteriti.
 - I minori disabili nella nostra Ausl sono circa 600, pari al 2% della popolazione da 0 a 17anni.
 - Nel 2006 sono stati registrati 298 casi di bambini con malattie croniche; la più diffusa è la celiachia con 133 casi, seguita dalle paralisi cerebrali infantili (56 casi).
- E' in aumento la presenza dei minori stranieri nelle scuole della provincia di Forlì-Cesena: all'1.1.08 il 10,5% della popolazione scolastica (9,2% nell'anno precedente) era composto da minori figli di immigrati; in particolare nel Distretto Rubicone gli alunni di origine straniera iscritti nelle scuole ha raggiunto circa il 12%.

I gruppi focus segnalano che:

- *Molti bambini accedono ad internet senza essere seguiti dagli adulti; inoltre, utilizzano i mezzi di comunicazione, quali telefonini ed e-mail, modificando le modalità comunicative interpersonali.*
- *Si avverte la necessità di un riavvicinamento tra genitori e mondo della scuola e di una riacquisizione del ruolo educativo dei genitori stessi.*
- *Vi è inoltre l'esigenza di un potenziamento della rete tra le scuole e tra scuola e Istituzioni.*
- *Si segnala inoltre la necessità di prevedere per i bambini/ragazzi del territorio degli spazi a loro disposizione in cui potersi incontrare e dove esprimere le proprie potenzialità.*

Proposta di obiettivi per la scelta delle priorità per il triennio:

- Promuovere la creatività e le capacità espressive dei bambini
- Sviluppare il senso civico e l'avvicinamento al concetto di regola
- Migliorare l'integrazione scolastica ed extrascolastica dei bambini in difficoltà (stranieri, disabili, malati cronici,...)

- Ridurre il numero di bambini obesi e in sovrappeso
- Ridurre il maggiore tasso di ricovero (per patologie neonatali, malattie respiratorie, gastrointestinali e otiti) nei minori figli di cittadini stranieri rispetto a quello dei figli di italiani

2.4 Salute e benessere sociale dei giovani

Dal Profilo di Comunità emerge che:

- Nel comprensorio cesenate i giovani nella fascia 15-24 anni sono circa 17.500 (9% della popolazione totale).
- I ragazzi si dichiarano abbastanza soddisfatti della realtà in cui vivono, anche se sono consapevoli di convivere con problematiche sociali rilevanti (es. razzismo e povertà).
- Il mondo delle sostanze stupefacenti è "prossimale" rispetto ai giovani: la maggioranza infatti conosce direttamente o indirettamente qualcuno che fa uso di droghe o sa dove reperirle.
- Tra gli studenti di 15-19 anni si stima che la sostanza illegale più usata sia la cannabis (25% degli intervistati), seguita dalla cocaina (4%).
- I giovani e gli adolescenti tendono a sottovalutare la tossicità di sostanze stupefacenti e alcol e ad assumerne con sempre maggior frequenza.
- Nel 2006 l'ambulatorio di medicina dell'Adolescente, composto da un apposito team multidisciplinare, ha seguito 32 ragazzi per disturbi alimentari, di cui circa la metà per anoressia.

I gruppi focus segnalano che:

- *Viene fortemente avvertito il disagio sociale dei giovani come perdita di punti di riferimento autorevoli (adulti) capaci di educare i ragazzi alle regole, ai valori, al senso del futuro e della collaborazione. I giovani non sembrano avere speranza nel futuro e cognizione di ciò che è lecito e doveroso fare. Spesso gli adulti non conoscono i loro reali bisogni e non sanno come rispondere alla loro esigenza di coerenza e autorevolezza. La mancanza di guide, di consapevolezza del proprio ruolo e la disgregazione del tessuto sociale, portano da sentimenti di apatia, indifferenza e noia, fino a conseguenze più gravi, quali l'abbandono scolastico, il bullismo, il razzismo e l'abuso di sostanze (fumo, alcol, droghe).*
- *L'abuso di alcol e sostanze stupefacenti è un importante problema sanitario e socioeconomico, la cui diffusione spesso è sottostimata. Le conseguenze dell'assunzione di alcol e sostanze (incidenti stradali, infortuni sul lavoro, effetti sulla salute...) sono spesso gravi e invalidanti; tuttavia spesso vi è scarsa percezione di pericolosità da parte di chi abusa.*
- *Negli ultimi anni è emersa la prossimità dei giovani al mondo delle sostanze stupefacenti e la diminuzione dell'età di chi ne fa uso.*

Proposta di obiettivi per la scelta delle priorità per il triennio:

- Promuovere il benessere e il protagonismo giovanile con particolare attenzione all' appropriazione della dimensione progettuale
- Contrastare l'abuso e la dipendenza da sostanze stupefacenti e alcol

2.5 Salute e benessere sociale degli anziani

Dal Profilo di Comunità emerge che:

- Il numero di persone sopra ai 65 anni è in costante crescita sia in termini assoluti, sia come proporzione sul totale della popolazione: gli anziani rappresentano il 21% della popolazione e sono residenti prevalentemente nei comuni del Distretto Cesena- Valle Savio rispetto al Rubicone (23%vs 18%); due anziani su tre sono donne.
- Le maggiori preoccupazioni riferite dalle persone anziane sono la solitudine, la depressione e una insufficiente disponibilità economica.
- Il 34% degli anziani giudica il proprio stato di salute buono. Il 46% dichiara di avere limitazioni nelle proprie attività quotidiane a causa dello stato di salute. Un anziano su due dichiara di soffrire di 3 o più patologie croniche.
- Il 25-30% degli anziani subisce nell'anno una caduta, con rischio di perdita dell'autosufficienza.
- Il 16% degli anziani ha problemi di autosufficienza nello svolgimento delle attività della vita quotidiana e di relazione. Sopra gli 80 anni il 48% degli anziani è disabile.
- Sopra i 75 anni il 25% presenta un quadro di demenza; il maggior carico assistenziale dei malati dementi ricade sulla famiglia e in particolare sulle donne (spesso a loro volta anziane).

I gruppi focus segnalano che:

- *Le problematiche legate alla salute degli anziani sono principalmente: l'esigenza di miglioramento della qualità della vita degli ultra sessantacinquenni e il sollievo alle famiglie che hanno in carico un anziano non autosufficiente.*
- *La prevenzione delle condizioni di fragilità, l'assistenza qualificata all'anziano, la prevenzione dell'isolamento, il sostegno socio-economico e la presa in carico socio-sanitaria per gli aspetti riguardanti la cura, sono i bisogni maggiormente avvertiti.*

Proposta di obiettivi per la scelta delle priorità per il triennio:

- Prevenire le condizioni che causano la non autosufficienza dell'anziano (incidenti, cadute, ecc.)
- Ridurre l'isolamento sociale delle persone anziane
- Sostenere le famiglie con anziani non autosufficienti

2.6 Salute e benessere delle persone disabili

Dal Profilo di Comunità emerge che:

- Nel 2004 nel comprensorio cesenate il numero totale degli invalidi sotto ai 65 anni era di 3.356 persone (2% della popolazione di pari età); il 17% dei disabili è minorenni.
- Tra i minori le cause di invalidità più rilevanti sono date da "disturbi dell'apprendimento" e "insufficienze mentali", mentre tra gli adulti prevalgono "patologie psichiatriche", "insufficienze mentali", "neoplasie e patologie organiche".
- La popolazione disabile nel territorio comprensoriale è andata incrementandosi nel tempo e ad uniformarsi alla ripartizione della popolazione dei due distretti. Si registra la presenza di nuclei familiari con genitori ultra ottantenni con a carico figli disabili ultra cinquantenni con rilevanti difficoltà nella gestione dei carichi assistenziali a domicilio.
- Si stima che in Italia il 10% delle famiglie sia composto da almeno una persona disabile, nel 42% di queste famiglie il disabile vive solo o con altre persone disabili.

I gruppi focus segnalano che:

- *Al problema della disabilità spesso non viene posta un'attenzione adeguata. È una condizione diffusa che comporta un grave carico fisico, psicologico e socio-economico per le famiglie (nuclei familiari composti da genitori anziani con un figlio disabile a carico, perdita del lavoro da parte di chi si prende cura,...). Si ritiene importante prevenire le situazioni che possono causare disabilità acquisite (incidenti stradali, infortuni sul lavoro) e potenziare le strategie di diagnosi precoce. È inoltre ritenuta fondamentale l'accessibilità e l'inclusione sociale delle persone disabili, che passa anche attraverso l'abbattimento delle barriere architettoniche e comunicative, la promozione di una cultura di attenzione al problema e la formazione del personale socio-sanitario all'assistenza delle persone con deficit motori, visivi, uditivi, ecc.*

Proposta di obiettivi per la scelta delle priorità per il triennio:

- Sostenere le famiglie con persone disabili
- Migliorare la fruizione degli spazi di vita e dei servizi alle persone disabili
- Favorire l'inserimento lavorativo e sociale delle persone disabili

2.7 Salute e benessere sociale della popolazione immigrata

Dal Profilo di Comunità emerge che:

- La popolazione straniera residente è in costante aumento: 6.4% sul totale dei residenti (7.6% nel Distretto Rubicone e 5.6% nel Distretto Cesena-Valle Savio). Aumentano in particolare i minori stranieri (24% della popolazione immigrata), nei quali le esigenze proprie dell'età evolutiva si associano alla complessità di vivere in contesti socio-culturali differenti tra loro (famiglia e scuola).
- Abitazioni insalubri e sovraffollate, condizioni di lavoro precario e pericoloso, alimentazione inadeguata, disagio psico-sociale e difficoltà di accesso alle cure, sono le principali condizioni determinanti effetti negativi sulla loro salute.
- Tra le donne straniere con cittadinanza bulgara, cinese e albanese vi è un maggior ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza.
- Molteplici sono le provenienze e i percorsi migratori dei ragazzi, con storie di vita spezzate e ricostruite attraverso i ricongiungimenti familiari o nati in Italia, dove vivono e si sentono cittadini, senza avere il riconoscimento della cittadinanza. Tutti sperimentano la complessità di vivere i momenti dell'età evolutiva in contesti socio-culturali differenti tra loro (famiglia e scuola).

I gruppi focus segnalano che:

- *Emergono problematiche legate non tanto all'accoglienza dei servizi e all'informazione rivolta alle persone immigrate, quanto all'integrazione, soprattutto degli stranieri di seconda generazione; vi è l'esigenza di una formazione appropriata e di progetti innovativi che permettano una piena integrazione con la popolazione locale.*
- *Porre attenzione agli esiti dei percorsi di inserimento dei giovani immigrati, diventa particolarmente importante per prevenire i fallimenti scolastici, la marginalità lavorativa ed eventuali comportamenti devianti. I percorsi di inserimento non avvengono per caso, ma devono essere promossi; occorre fare scelte lungimiranti e non legate all'emergenza, nella consapevolezza che il fenomeno è duraturo, complesso e plurale rispetto a progetti migratori, condizioni di vita e dinamiche di inserimento.*
- *Vi è inoltre la percezione di un eccessivo ricorso all'IVG da parte delle donne straniere per le quali si ritiene necessaria una migliore accoglienza da parte dei consultori, anche attraverso il potenziamento dei servizi di mediazione linguistico-culturale.*

Proposta di obiettivi per la scelta delle priorità per il triennio:

- Porre attenzione ai bisogni e alle necessità degli stranieri di seconda generazione, creare opportunità specifiche per favorirne l'integrazione
- Promuovere il dialogo e l'integrazione tra le persone di origini diverse, favorire lo sviluppo di una cultura dell'accoglienza

2.8 Malattie cronico degenerative e stili di vita

Dal Profilo di Comunità emerge che:

- In Italia e in Europa le malattie croniche provocano l'86% delle morti e il 77% del carico di malattia.
- Le malattie del sistema cardio-circolatorio rappresentano la prima causa di morte (40% dei decessi complessivi); i principali fattori di rischio per queste malattie sono molto diffusi nella popolazione adulta: si stima che il 21% sia iperteso e il 32% abbia il tasso di colesterolo alto.
- I tumori rappresentano la seconda causa di morte (33% dei decessi complessivi); il numero di nuovi casi di tumore è in aumento in correlazione con l'invecchiamento della popolazione, ma si allungano i tempi di sopravvivenza e diminuisce la mortalità.
- Le malattie del sistema respiratorio rappresentano la terza causa di morte (9% delle morti complessive); sono in aumento le malattie respiratorie correlate all'inquinamento urbano e, nei bambini, le malattie allergiche.
- La mortalità evitabile rappresenta circa l'8% dei decessi complessivi (10% negli uomini e 5% nelle donne); nel triennio 2002-2004 si sono avuti circa 133 decessi evitabili per anno, con una stima di una perdita di 14 anni di vita per ogni persona deceduta; tra le cause principali di mortalità evitabile vi sono gli incidenti stradali ed i tumori polmonari.
- Si stima che circa un anziano su due sia in sovrappeso o obeso (57%) e circa uno su tre conduca uno stile di vita sedentario (32%).
- Tra la popolazione del cesenate sono presenti fattori di rischio per la salute che, se non adeguatamente contrastati, possono aumentare il numero di morti e malati di patologie cardiovascolari, diabete, ictus, malattie respiratorie, tumori, con conseguenti costi economici e sociali molto alti.
- Il 55% della popolazione non pratica l'attività fisica raccomandata; di questi il 13% ha uno stile di vita del tutto sedentario.
- Il 38% dei residenti è in sovrappeso ed il 7% obeso. L'eccesso ponderale riguarda più gli uomini che le donne (56% contro 36%), aumenta con l'età ed è maggiormente presente nelle persone con basso livello di istruzione.
- La percentuale di fumatori è stimata pari al 29%, superiore negli uomini rispetto alle donne (32% vs 26%); i tassi più alti di fumatori si hanno nella fascia di età 35-49 anni.
- Un persona su cinque (20%) è considerabile un "consumatore a rischio" di alcol; questo comportamento è più diffuso tra i giovani di 18-24 anni e tra gli uomini.

I gruppi focus segnalano che:

- *L'adozione di stili di vita corretti è fondamentale per prevenire numerose patologie.*
- *Per quanto riguarda la prevenzione e la cessazione dell'abitudine al fumo, viene evidenziata la necessità di diffondere l'informazione sugli interventi già disponibili e di approfondire la motivazione che spinge una percentuale elevata della popolazione, e soprattutto di giovani, a fumare.*

Proposta di obiettivi per la scelta delle priorità per il triennio:

- Promuovere stili di vita sani (Alimentazione, Attività fisica, Alcol e Fumo)
- Migliorare la qualità della vita delle persone con malattie croniche degenerative

2.9 Salute e benessere sociale delle persone con disturbi mentali

Dal Profilo di Comunità emerge che:

- Si registra un costante incremento della diffusione dei disturbi depressivi nella popolazione generale. In Emilia-Romagna si stima che il 25% della popolazione adulta vada incontro ad un episodio depressivo nel corso della vita. La prevalenza della depressione nelle donne risulta tre volte maggiore rispetto agli uomini. A fronte di questi indicatori epidemiologici si osserva che solo un terzo delle persone con sintomatologia depressiva si è rivolta al personale sanitario.
- Nel 2006 i ricoveri per disturbo psichiatrico nei residenti sono stati 241 per 100 mila abitanti, dato in aumento dal 2001.
- Le psicosi persistenti (disturbi psichiatrici gravi e invalidanti) producono gravi forme di disabilità per le quali è in aumento il rischio di cronicizzazione e di marginalizzazione sociale. Il reinserimento sociale e lavorativo delle persone affette da psicosi è un problema che va oltre la missione di cura e di riabilitazione assolta dal Dipartimento Salute Mentale, per il quale deve investire nel suo insieme la società civile. I soggetti che possono incrementare le opportunità per queste persone sono il mondo della cooperazione e dell'impresa, l'associazionismo, il volontariato.

I gruppi focus segnalano che:

La depressione è una patologia spesso sottovalutata, che comporta importanti ricadute trasversali di tipo sociale (diminuzione della produttività, decadimento delle relazioni) che riguardano l'individuo e la sua famiglia. La prevenzione della depressione e dell'isolamento che spesso ne consegue, porta al miglioramento della qualità della vita di chi ne soffre, alla prevenzione di patologie connesse e comportamenti a rischio.

Proposta di obiettivi per la scelta delle priorità per il triennio:

- Ridurre l'impatto sociale ed economico dei disturbi depressivi sulla popolazione generale
- Ridurre il rischio di cronicità e di marginalità sociale per le persone affette da psicosi (disturbi psichiatrici persistenti e gravi)

2.10 Accesso ai servizi sociali e sanitari

Dal Profilo di Comunità emerge che:

- Per lo screening dei tumori del collo dell'utero, l'adesione delle donne invitate (25-64 anni) è stata del 50%; la copertura stimata risulta maggiore (90%) in quanto un elevato numero di donne effettua il pap-test privatamente. Più scarsa è l'adesione alla chiamata delle donne straniere (32%).

- Per lo screening dei tumori della mammella, l'adesione delle donne invitate (50-69 anni) è stata del 76%.
- Per lo screening del tumore del colon-retto, attivo solo dal 2005, l'adesione delle persone invitate (uomini e donne tra i 50-69 anni) è di circa il 40%.
- Per quanto riguarda i tempi di attesa, si registrano criticità per alcune visite specialistiche, mentre in ambito di diagnostica strumentale i tempi di attesa sono decisamente più contenuti e rispondenti alla normativa. Qualche temporanea criticità si evidenzia per la Risonanza Magnetica Nucleare a causa del notevole incremento della domanda determinato dall'avvio di nuove attività nell'area della neuroradiologia.
- Le donne straniere accedono alle cure prenatali con maggior ritardo e minor frequenza rispetto alle italiane, questo comporta un maggior rischio di assistenza prenatale inadeguata, parti pretermine e basso peso dei neonati. Le donne (18-49 anni) e i minor stranieri hanno tassi di ricovero ospedaliero maggiori rispetto agli italiani; le cause vanno ricercate in condizioni legate alla gravidanza, ad ambienti di vita insalubri e/o difficoltoso utilizzo dei servizi sanitari di base
- Gli stranieri adulti (18-49 anni) ricorrono al Pronto Soccorso circa due volte in più degli italiani (tasso di accesso pari a 493 vs 259 degli italiani), con l'eccezione dei cinesi che vi ricorrono molto meno (circa la metà rispetto agli italiani).

I gruppi focus segnalano che:

- *Si richiede di aumentare e qualificare l'informazione sulla rete dei servizi socio-sanitari e la riduzione delle liste di attesa.*
- *Necessità di creare accessi dedicati ai percorsi cronici che forse renderebbero più equi i consumi.*

Proposta di obiettivi per la scelta delle priorità per il triennio:

Migliorare l'accessibilità e l'uso appropriato dei servizi sociali e sanitari

2.11 Qualità degli ambienti e degli alimenti

Dal Profilo di Comunità emerge che:

- Ozono e polveri fini (PM10) sono gli inquinanti più critici per la qualità dell'aria nel territorio del cesenate. Con una riduzione dei livelli di PM10 in eccesso si stima di poter evitare circa 13 decessi all'anno.
- Nel 2007 il nostro territorio è stato interessato da una epidemia di chikungunya (18 casi). Questo episodio è legato al modificarsi delle condizioni climatiche e della circolazione delle merci e delle persone che ha creato le condizioni per la diffusione di nuovi potenziali vettori di malattie infettive (zanzara tigre).

- Negli ultimi anni la produzione dei rifiuti urbani pro-capite nella provincia di Forlì-Cesena è aumentata progressivamente: nel 2006 la produzione è risultata di 726 kg/procapite. Nei comuni del territorio cesenate, nel 2006, solo il 29% dei rifiuti è stato raccolto in modo differenziato.
- Nel cesenate è molto diffusa la produzione e la trasformazione di frutta e di alimenti di origine animale, in particolare nel settore avicolo: pollame e tacchini(oltre 50 milioni di capi macellati all'anno) e ovoprodotti (19mila tonnellate prodotte per anno). Nel settore ittico sono stati commercializzati nel 2007, 33 mila tonnellate di prodotti della pesca. Nel territorio, in particolare quello della costa, è presente una importante realtà alberghiera e della ristorazione con milioni di pasti serviti ogni anno.
- Negli ultimi anni si è registrato un notevole decremento della tossinfezioni alimentari segnalate, sia in termini di episodi che di singoli casi. Nei prodotti ortofrutticoli, negli ultimi anni, si è assistito alla registrazione d'irregolarità numericamente variabili, ma pur sempre al di sotto del 4% e a carico soprattutto di prodotti di provenienza estera.

I gruppi focus segnalano che:

Per una maggiore vivibilità dell'ambiente e una diminuzione delle patologie da inquinanti, si auspica una maggior salubrità dell'aria (riduzione PM10) e degli alimenti (pesticidi) e una riduzione dell'inquinamento acustico e informatico.

Proposta di obiettivi per la scelta delle priorità per il triennio:

- Ridurre l'inquinamento aereo da polveri sottili (PM10)
- Contrastare lo sviluppo di insetti vettori di malattie infettive
- Ridurre la quantità di rifiuti prodotti e quelli raccolti in modo non differenziato.

2.12 Accesso alla casa

Dal Profilo di Comunità emerge che:

- I costi legati all'abitazione sono in continua crescita: nel 2006 in Emilia Romagna il 27% della spesa mensile è stata destinata all'abitazione (mutuo, affitto), pari a circa 750 euro mensili.
- La disponibilità di edilizia pubblica è esigua e le domande pervenute in questi anni agli uffici comunali in notevole crescita: la capacità di risposta è inferiore al 5% delle richieste.
- Per le persone in condizioni di disagio economico è possibile ricevere "contributi per l'affitto", finanziati ogni anno da risorse statali, regionali e comunali. Le richieste di questo contributo sono in notevole aumento dal 2000: le risorse disponibili possono coprire meno della metà delle richieste.
- Nel biennio 2005-06 sono state valutate come abitazioni antigeniche o con condizioni di rischio per la salute 163 abitazioni (circa il 30% delle abitazioni ispezionate). Gli inconvenienti più frequentemente riscontrati nelle abitazioni sono strutturali (es. sicurezza degli impianti) e gestionali (es. mancata ventilazione dei locali); nel 75% dei casi le abitazioni ispezionate presentavano inconvenienti multipli.

I gruppi focus segnalano che:

La sproporzione tra salari e costi abitativi e la scarsa accessibilità per anziani e disabili di gran parte degli alloggi, anche di nuova costruzione, rappresentano problemi che riguardano la maggior parte della popolazione del nostro territorio.

Proposta di obiettivi per la scelta delle priorità per il triennio:

- Favorire l'accesso alla casa in proprietà o in locazione
- Migliorare la salubrità e la sicurezza delle abitazioni

2.13 Sicurezza stradale

Dal Profilo di Comunità emerge che:

- Gli incidenti stradali rappresentano la prima causa di mortalità evitabile nei giovani tra i 15 e i 35 anni, con alti costi sociali ed economici.
- Nel 2006 nella provincia di Forlì-Cesena si sono registrati 2.236 incidenti stradali, dato in aumento dopo la diminuzione degli ultimi 4 anni (come nel resto della Regione); il 2% degli incidenti ha avuto conseguenze mortali.
- L'andamento dei ricoveri da incidente stradale appare in marcata diminuzione, dato verosimilmente correlato al rafforzamento della normativa di controllo e agli interventi attuati a livello locale negli ultimi anni. I ricoveri sono più frequenti nelle classi di età 14-24 anni e oltre i 70; nella classe d'età 18-24 anni i ricoveri avvengono maggiormente nei giorni di sabato e domenica.
- Nel comprensorio cesenate, nel periodo 2004-2006, si sono verificati in media 29 decessi all'anno da incidente stradale. La mortalità ha mostrato una tendenza alla diminuzione dal 1995 fino al 2001 e si è stabilizzata negli ultimi trienni.
- Gli infortuni sul lavoro che avvengono sulla strada hanno un peso crescente nel quadro complessivo degli infortuni sul lavoro. Nel biennio 2004-2005 si sono registrati circa 1.200 infortuni stradali sul lavoro, di cui quasi l'80% "in itinere" (percorso casa-lavoro).

Proposta di obiettivi per la scelta delle priorità per il triennio:

Aumentare la sicurezza stradale

2.14 Sicurezza sul lavoro

Dal Profilo di Comunità emerge che:

- L'Emilia-Romagna si colloca, anche per il triennio 2002-2004, al 3° posto in Italia per frequenza di infortuni nel loro complesso (4.2 casi ogni 100 addetti) e per quelli che si risolvono con inabilità temporanea (4 casi ogni 100).

- La provincia di Forlì-Cesena detiene il primato dell'indice infortunistico a livello regionale (5.4 ogni 100 addetti), anche se il trend complessivo ed i casi mortali appaiono in calo: 4 infortuni mortali nel 2004 nell'intera provincia rispetto ai 14 dell'anno precedente.
- L'incidenza infortunistica nel comprensorio cesenate è sovrapponibile al valore medio provinciale.
- Nel comprensorio cesenate, i comparti a più alto indice infortunistico sono: il comparto legno (6.6%), il comparto metalmeccanico (7.6%) ed il comparto costruzioni (7.2%), da sempre settore critico per numero complessivo di infortuni e soprattutto per la gravità delle conseguenze.
- Sono maggiormente a rischio di infortunio i lavoratori stranieri e quelli con rapporto di lavoro precario, per lo più stagionale, per i quali è più difficile garantire un'adeguata formazione.
- Il settore agro-alimentare, nel periodo 2000-2005, mostra un aumento degli infortuni fino al 2002, seguito da un calo nell'ultimo triennio considerato.

I gruppi focus segnalano che:

E' necessaria una diminuzione degli infortuni sul lavoro, che si verificano in numero elevato e conducono a gravi conseguenze, ottenibile tramite maggiori attività di prevenzione e maggiori controlli

Proposta di obiettivi per la scelta delle priorità per il triennio:

Aumentare la sicurezza sul lavoro

3. Indirizzi e priorità strategiche per i Piani distrettuali per la salute e il benessere sociale

Il processo di pianificazione strategica si sviluppa a partire dall'analisi dei bisogni assistenziali della popolazione e della rete dei servizi di offerta presenti nel territorio, *e si sviluppa* in stretta aderenza agli indirizzi e ai vincoli contenuti nel Piano Sanitario Regionale 2008-2010.

Proseguendo con il metodo di lavoro intersettoriale ed interdisciplinare adottato nella lettura della realtà socio-demografica del territorio e delle sue criticità, vengono ora esposte le aree di intervento strategico, secondo un approccio integrato tra le componenti sociali, socio-assistenziali e sanitarie, che operano attorno ai target di popolazione che presentano i maggiori gradi di "fragilità": le famiglie, i minori, i giovani, gli anziani. All'interno di questi gruppi si è cercato di mantenere l'attenzione anche per condizioni specifiche di difficoltà, (ad esempio le gravide immigrate, i minori disabili ecc) Tuttavia, poiché alcune tematiche sono fortemente connotate da indirizzi specifici, si sono mantenuti anche i paragrafi relativi a disabili, pazienti psichiatrici, dipendenti ed immigrati.

Si descrivono inoltre gli indirizzi strategici relativi ad alcune tematiche trasversali all'organizzazione e gestione dell'assistenza, nonché gli indirizzi per il Piano Attuativo Locale (PAL); per lo sviluppo di interventi integrati con altre politiche che hanno impatto su salute e benessere; per i programmi provinciali in area sociale; per i programmi formativi e di riqualificazione degli operatori; per l'individuazione delle priorità degli investimenti da finanziare ai sensi dell'art. 48 della L.R.2/03.

3.1 Target di popolazione

Qui di seguito vengono indicati gli indirizzi strategici relativi ai bisogni specifici che possono essere ricondotti ai seguenti target di popolazione: La donna e la famiglia, l'infanzia e l'adolescenza, i giovani, gli anziani, le persone con disabilità, le persone con disturbi mentali, le persone con dipendenze patologiche, gli immigrati .

3.1.1 La donna e la famiglia

Strategie e indirizzi

Sociali

- Implementare e sostenere in modo integrato la rete territoriale di servizi dedicati alla promozione e al sostegno della genitorialità, favorendo da un lato luoghi di incontro/confronto, di aggregazione, spazi informativi, di consulenza e dall'altro forme di sostegno allo sviluppo delle risorse della comunità, alle esperienze di auto mutuo aiuto, di accoglienza e di sostegno economico.
- Promuovere l'integrazione tra le politiche dei servizi socio assistenziali, educativi e scolastici, della formazione professionale e del lavoro e di quelli socio – sanitari;
- Sostenere il lavoro di cura attraverso il riconoscimento di sostegni economici, servizi specialistici di supporto e accompagnamento;
- Favorire una maggiore conciliazione tra i tempi del lavoro e i tempi di cura della famiglia attraverso una più adeguata organizzazione dei servizi;
- Sostegno alle famiglie in condizioni di disagio socio economico in particolare attraverso le forme di sostegno che sfavoriscano il superamento dello stato di bisogno;

Socio-sanitari

- Sviluppare attività integrate a sostegno delle coppie e delle famiglie.
- Potenziare il sistema di accoglienza attraverso lo sviluppo e il perfezionamento dei percorsi per la gestione delle attività integrate fra Servizi Sociali, Neuropsichiatria Infantile, Consultori Familiari nei confronti di famiglie multiproblematiche, famiglie affidatarie o adottive, rapporti col Tribunale dei Minori.

Sanitari

- Garantire la tutela della salute della donna e della famiglia mantenendo i buoni livelli raggiunti di attività consultoriale
- Migliorare l'assistenza alla gravidanza attraverso azioni specifiche da realizzare, sia a livello territoriale che ospedaliero (applicazione percorso nascita)
- Favorire l'accesso e l'utilizzo dei servizi, specie per le donne immigrate

3.1.2 Infanzia e adolescenza

Strategie e indirizzi

Sociali

- Promuovere l'integrazione e la coprogettazione tra servizi educativi e la scuola con i servizi e le attività sociali, sanitarie, sportive, culturali, ricreative;
- Sviluppare e qualificare i servizi extrascolastici (servizi pomeridiani e centri estivi) in una ottica di sempre maggiore integrazione con la comunità locale e come opportunità per sviluppare competenze ed esperienze di tipo culturale, sociale, sportivo e ricreativo
- Favorire il benessere a scuola e l'integrazione scolastica dei minori in condizioni di fragilità sociale attraverso percorsi di sostegno alle funzioni degli insegnanti e alla costruzione dei contesti educativi e relazionali adeguati;
- Promuovere l'avvicinamento al concetto di "regola", sviluppare l'educazione civica e forme di cittadinanza attiva e di impegno sociale dei bambini e degli adolescenti anche attraverso attività intergenerazionali;
- Sostenere l'agio e prevenire le situazioni di disagio attraverso lo sviluppo delle capacità di ascolto e di conoscenza degli adolescenti.

Socio-sanitari

- Promuovere l'educazione alla salute e a stili di vita sani fin dall'infanzia nei diversi contesti di vita ricercando anche lo sviluppo delle risorse e delle opportunità presenti sul territorio in particolare per quanto riguarda l'educazione all'affettività e alla sessualità, la prevenzione delle dipendenze e/o di disturbi psichiatrici in adolescenza.
- Consolidare la rete dei servizi per la tutela dei minori in situazione di grave disagio e/o di violenza, con particolare attenzione allo sviluppo dei servizi che garantiscono comunque il mantenimento del

minore all'interno di un contesto familiare, allo sviluppo di un sistema profondamente integrato da realizzarsi attraverso percorsi di formazione congiunta degli operatori e l'adozione di strumenti operativi condivisi (protocolli, linee guida...), al consolidamento dei servizi che vengono mobilitati nel percorso riparativo per i bambini e ragazzi vittime di violenze (spazi per audizioni protette e spazi neutri; ...).

- Qualificare gli interventi per i minori con disabilità attraverso i seguenti interventi: affiancamento, ascolto, orientamento a supporto della famiglia dal momento della nascita di un bambino con disabilità, condividendo il progetto di vita e sostenendo il lavoro di cura svolto dalle famiglie; accompagnamento del minore durante il percorso educativo e scolastico, per sostenerne l'integrazione; assicurare la predisposizione di progetti di uscita programmata dalla scuola dell'obbligo, in continuità con gli interventi da assicurare in età adulta; adozione di procedure semplificate per l'accertamento dell'invalidità e della situazione di handicap per garantire un accesso tempestivo ai servizi e alle agevolazioni e provvidenze assistenziali.

sanitari

- Mantenere lo stato di salute attraverso il consolidamento di azioni di promozione e prevenzione.
- Migliorare la gestione delle urgenze pediatriche attraverso la revisione degli assetti organizzativi del territorio e nelle relazioni con l'ospedale, riducendo il ricorso inappropriato al ricovero ospedaliero.
- Favorire la presa in carico delle malattie croniche attraverso la conoscenza epidemiologica della diffusione sul nostro territorio delle malattie, la attivazione di reti curanti fra servizi territoriali ed ospedalieri per le malattie a maggior complessità.
- Attivare e mantenere reti comunicative e di invio fra servizi territoriali e con i servizi ospedalieri nella gestione delle malattie neurologiche e psichiatriche.
- Promuovere la presa in carico dei disturbi di apprendimento e del linguaggio, nonché gli interventi integrati a sostegno della disabilità e delle famiglie con minori portatori di disabilità.
- Sviluppare la riabilitazione in età evolutiva, ivi compresa quella dei disturbi psichiatrici.

3.1.3 Giovani

Strategie e indirizzi

Sociali

- Sostenere l'agio e prevenire le situazioni di disagio giovanile consolidando le azioni di prossimità e sperimentando anche nuove strategie di "ascolto/aggancio";
- consolidamento dei servizi rivolti ai giovani di informazione ed orientamento alla istruzione, formazione ed al lavoro;
- Promuovere la cittadinanza attiva delle giovani generazioni attraverso lo sviluppo del Servizio Civile e il sostegno all'associazionismo giovanile e alle capacità progettuali;
- Prevenire il disagio sociale degli stranieri di "seconda generazione" partendo da una attenta lettura dei loro bisogni e dalla promozione delle risorse di crescita personale e professionale che la comunità offre.

Socio-sanitari

- Prevenire stili di vita e comportamenti a rischio per la propria salute e per quelle degli altri attraverso il consolidamento dell'educazione alla salute nelle scuole, lo sviluppo delle risorse della comunità, il potenziamento della collaborazione con le forze dell'ordine e con gli operatori privati che offrono opportunità di divertimento ed aggregazione giovanile;
- Promuovere un coordinamento dei diversi ambiti e servizi esistenti dedicati ai giovani: Spazi giovani dei Consultori, Centri di ascolto, Centri giovanili, ecc ricercando soluzioni flessibili e superando eventuali frammentazioni nella presa in carico;
- Sostenere i giovani con disabilità fisica e psichica, per i quali permangono ancora molti ostacoli alla piena integrazione, potenziando forme di sostegno alla continuità scolastica ed all'integrazione sociale e lavorativa, anche al compimento della maggiore età.

Sanitari

- Consolidare le attività di prevenzione del disagio attraverso la educazione sanitaria nelle scuole e i servizi di accoglienza e di ascolto (consultori giovani, Centro Ascolto Nuove Droghe (CAND), Ambulatori di medicina dell'adolescente).
- Attuare azioni di prevenzione, diagnosi precoce e presa in carico di patologie psichiatriche in età evolutiva, anche al fine di prevenire l'insorgenza di disturbi mentali nella età adulta.
- Perfezionare la presa in carico dei giovani con malattie relative al comportamento alimentare attivando e mantenendo le reti comunicative e di invio fra servizi territoriali ed ospedalieri.
- Migliorare la presa in carico di ragazzi con malattie rilevanti attraverso una adeguata gestione del passaggio in cura verso i servizi di assistenza per adulti.

3.1.4 Anziani

Strategie e indirizzi

Sociali

- Sostenere e valorizzare il lavoro di cura delle famiglie attraverso l'implementazione di una adeguata rete di servizi ed opportunità a loro supporto (assegni di cura; sportelli informativi, percorsi di qualificazione del lavoro di cura delle badanti, assistenza domiciliare, trasporti, ecc..)
- Contrastare la solitudine e la fragilità sociale attraverso lo sviluppo di servizi di prossimità e di contatto attivo anche valorizzando e promuovendo le reti sociali di comunità formali ed informali;
- Promuovere la vita attiva degli anziani sostenendo il loro impegno civico e socialmente utile, le attività aggregative e le iniziative di tipo culturale e ricreativo.

Socio-sanitari

- Sviluppare la domiciliarità degli anziani non autosufficienti attraverso l'attivazione di una adeguata, per numero ed organizzazione, rete distrettuale di servizi socio sanitari a sostegno del lavoro di cura

- delle famiglie (assegni di cura; assistenza domiciliare, posti di sollievo, centri diurni, contributi per abbattimento barriere architettoniche; formazione tutoraggio "badanti", ecc.);
- sviluppare servizi ed attività domiciliari e residenziali, anche innovative, per gli anziani affetti da patologie psicodegenerative;
 - Mantenere l'elevato standard qualitativo e quantitativo dei servizi residenziali attraverso l'accompagnamento all'introduzione dell'accreditamento e l'aumento di posti letto convenzionati finalizzato a contenere il decremento della copertura in conseguenza dell'aumento della popolazione ultra 75enne e il conseguente aumento delle liste di attesa..

Sanitari

- Garantire percorsi sanitari integrati per le patologie croniche, attraverso lo sviluppo e la qualificazione della rete dei servizi che fanno capo in primo luogo al Medico di Medicina Generale ed al relativo Nucleo di Cure Primarie, ma che comprende l'intervento dei servizi sanitari territoriali ed ospedalieri di competenza, privilegiando il domicilio come sede di cura.
- Sviluppare modelli di accesso alla rete dei servizi per le cronicità attraverso soluzioni organizzative sempre più orientate a favorire l'integrazione fra assistenza in regime di acuzie, assistenza post acuta, lungodegenza, riabilitazione.
- Utilizzare il momento residenziale della lungodegenza come anello di congiunzione fra ospedale e territorio, al fine di garantire al cittadino la continuità assistenziale nel percorso di cura, con dimissione protetta verso il domicilio o le residenze.

3.1.5 Persone con disabilità

Strategie e indirizzi

Sociali

- Migliorare l'accesso alla città riducendo le barriere architettoniche esistenti e promuovendo una progettazione consapevole;
- Promuovere l'integrazione sociale promuovendo le iniziative aggregative del tempo libero in collaborazione con l'associazionismo.
- Sostenere e valorizzare il lavoro di cura delle famiglie attraverso l'implementazione di una adeguata rete di servizi ed opportunità a loro supporto (sportelli informativi, assistenza domiciliare, trasporti, ecc.).

Socio-sanitari

- Sviluppare e qualificare una adeguata rete dei servizi socio-sanitari ampliando e differenziando l'offerta, accompagnando il processo di accreditamento, assicurando la partecipazione del disabile e della sua famiglia al progetto di vita, favorendo la mobilità e l'abbattimento delle barriere architettoniche domestiche, sostenendo il lavoro di cura delle famiglie, definendo le regole per la compartecipazione alla spesa.

- Potenziare e qualificare gli interventi per le persone con disabilità acquisita garantendo adeguati percorsi di cura sanitari e socio sanitari, sostenendo la qualificazione dei posti residenziali, favorendo la domiciliarità attraverso il sostegno alle famiglie che si prendono cura, la fornitura tempestiva di tutti i presidi necessari, il sostegno agli eventuali adeguamenti strutturali necessari al contesto domestico.
- Favorire l'inserimento lavorativo come elemento per una maggiore integrazione sociale e autonomia personale.
- Migliorare i percorsi di certificazione e di valutazione delle disabilità favorendo un tempestivo accesso ai servizi e favorendo il riconoscimento delle previdenze assistenziali.

Sanitari

- Monitorare la presa in carico clinica, favorendo la gestione integrata dei quadri complessi da parte del medico curante e degli specialisti, territoriali ed ospedalieri, sia al domicilio che durante le fasi di ricovero in periodi di acuzie, che in soluzioni residenziali temporanee o permanenti, specie per i gravissimi disabili acquisiti.
- Completare i percorsi sanitari di cura delle cerebro-lesioni acquisite, adeguando la rete di offerta delle strutture residenziali riabilitative.

3.1.6 Persone con disturbi mentali

Strategie e indirizzi

Sociali

Favorire il reinserimento sociale sollecitando la partecipazione dei diversi attori, pubblici e privati, che operano nel territorio, per mettere in atto azioni rivolte alla rimozione dello stigma, all'attivazione di opportunità lavorative e di socializzazione, alla difesa dei diritti di cittadinanza delle persone affette da psicosi.

Socio-sanitari

Consolidare processi che consentano la prevenzione secondaria, la riabilitazione e il reinserimento sociale delle persone affette da disturbi psicotici attraverso la diagnosi precoce e l'attivazione di sistemi di riabilitazione e di trattamento rivolti alle famiglie e che contrastino la cronicizzazione dei disturbi, il potenziamento delle attività domiciliari e di prossimità, la revisione dei programmi residenziali

Sanitari

- Migliorare l'accessibilità ai servizi di salute mentale facilitando i contatti con quelle istituzioni che possono favorire la conoscenza dei nuovi casi
- Sviluppare interventi sui **disturbi della personalità** con programmi terapeutici di lungo periodo, flessibili, e in grado di integrare un'ampia gamma di prestazioni, adattandole ai bisogni della fase di vita dell'assistito.

- Favorire lo sviluppo delle psicoterapie e di forme di aiuto psicologico per i **disturbi emotivi e dell'affettività**, anche fondate sulla responsabilizzazione dei pazienti (gruppi terapeutici, gruppi di auto aiuto).
- Migliorare le sinergie con i Medici di Medicina Generale attraverso la piena realizzazione del "Programma Leggeri".

3.1.7 Persone con dipendenze patologiche

Strategie e indirizzi

Sociali

- Sviluppare **azioni volte a sensibilizzare la comunità sui rischi** della diffusione delle sostanze, coinvolgendo nei progetti stessi quanti vengono in contatto con i fenomeni di abuso, per motivi di impegno professionale, interessi economici o azioni di volontariato.
- Aumentare la sicurezza nei luoghi del divertimento, e ridurre i comportamenti connessi a rischi individuali e sociali, rafforzando la rete dei soggetti istituzionali e informali che operano nel mondo del divertimento e promuovendo la conoscenza dei diversi servizi ed opportunità rivolti al mondo giovanile, in particolare agli adolescenti, presenti sul territorio.

Socio-sanitari

- Consolidare i servizi di strada e a bassa soglia finalizzati alla riduzione del danno per consumatori e dipendenti da sostanze e per persone che si prostituiscono.
- Promuovere l'accesso ai servizi di prevenzione e cura delle dipendenze attraverso il consolidamento di servizi di natura multidisciplinare e non connotati da un punto di vista specialistico.
- Presa in carico integrata dei tossicodipendenti stabilizzati e da lungo tempo in carico al Ser.T. con irrisolti problemi di tipo sociale, lavorativo e sanitario, i cui rischi si concentrano intorno alla emarginazione e a problematiche sanitarie specifiche (malattie infettive croniche).
- Favorire il reinserimento sociale anche attraverso l'inserimento lavorativo come elemento per una maggiore integrazione sociale e autonomia personale.
- Sostenere le famiglie valorizzandone il ruolo all'interno dei percorsi di prevenzione e di presa in carico.

Sanitari

- Focalizzare gli interventi sulle nuove forme di abuso e poliabuso, verso sostanze stupefacenti, farmaci ed alcool, utilizzate in modo promiscuo da una popolazione molto eterogenea di consumatori.
- Trattamento delle nuove forme di dipendenza da eroina, nuovamente in aumento, in gruppi di giovani e giovanissimi, che assommano le problematiche del poliabuso a quelle della tossicodipendenza tradizionale.

3.1.8 Immigrati

Strategie e indirizzi

Sociali

- Favorire lo sviluppo di una cultura dell'accoglienza e facilitare l'integrazione socio culturale promuovendo l'apprendimento della lingua italiana, la formazione e l'orientamento ai diritti e doveri di cittadinanza, iniziative di socializzazione, aggregazione interetnica e mediazione culturale.
- Adeguare le risorse per l'accoglienza alle necessità di bambini ed adolescenti.
- Attivare progetti, anche sperimentali, per un accompagnamento ad un abitare gli alloggi a disposizione in modo consapevole ed adeguato alle regole vigenti.
- Ridurre i disagi socio economici e lavorativi che comporta l'attuale procedura per il rinnovo dei permessi di soggiorno promuovendo interventi che facilitino il disbrigo delle pratiche burocratiche ricercando anche la collaborazione del mondo produttivo.
- Sostenere condizioni di inserimento e partecipazione per promuovere forme di cittadinanza attiva della popolazione immigrata, operando nella direzione del riconoscimento di diritti e nell'esercizio della responsabilità.

Socio-sanitari

Adeguare le procedure per la presa in carico socio sanitaria rivolte a persone che presentano specifici bisogni assistenziali (disabilità, disturbi di personalità, dipendenze patologiche,...).

Sanitari

- Facilitare l'adeguata accoglienza da parte dei servizi sanitari attraverso la diffusione tra gli operatori delle informazioni necessarie sui diversi aspetti del fenomeno migratorio, e una organizzazione che contempli la presenza di bisogni differenziati nelle varie componenti di popolazione, specie se fragile.
- Facilitare l'accesso e l'utilizzo dei servizi sanitari, anche attraverso l'aiuto di strumenti informativi, di facilitazione linguistica e culturale

3.2 Tematiche trasversali

Vengono individuate come aree di intervento strategico prioritarie, le seguenti tematiche trasversali, di tipo organizzativo e assistenziale (prevenzione e promozione della salute, l'accesso ai servizi, il riassetto organizzativo e funzionale dell'azienda, il sistema delle emergenze sanitarie, l'integrazione delle politiche, la programmazione di Area Vasta Romagna).

3.2.1 Promuovere stili di vita sani

Strategie e indirizzi

- Facilitare le scelte salutari da parte dei bambini e degli adolescenti attuando interventi educativi e comunicativi accompagnati da interventi socio-ambientali (ad esempio mettendo a disposizione distributori di frutta e verdura nelle scuole e/o rendendo coerenti i menu delle mense scolastiche con i principi degli interventi di educazione alla salute condotti nelle classi).
- Promuovere programmi intersettoriali, tra AUSL, Amministrazioni Pubbliche, terzo settore, Sistema produttivo, Scuola e altri attori sociali, per coordinare e rendere più efficace la lotta al tabagismo, la promozione della attività fisica, la corretta alimentazione e consumo di alcol.
- Rivolgere particolare attenzione alle fasce di popolazione più svantaggiate e nelle quali sono maggiormente presenti stili di vita non salutari e malattie croniche.
- Studiare e monitorare il fenomeno nella popolazione per avere elementi utili alla programmazione e valutazione.

3.2.2 Screening oncologici

Garantire la continuità dei programmi di screening attivati e il mantenimento dei buoni risultati di qualità raggiunti, ricercando in particolare l'adesione ai programmi da parte delle persone appartenenti a fasce di popolazione più svantaggiate (persone con bassa scolarizzazione, straniere...)

3.2.3 Assetto organizzativo e struttura dei servizi

mantenere gli ottimi livelli di copertura vaccinale ottenuti, sia per le fasce di popolazione giovanile che adulta.

3.2.4 Sistema delle emergenze sanitarie

strategie e indirizzi

- Promuovere e consolidare gli sportelli sociali comunali e i punti unici di accesso distrettuali attraverso la qualificazione degli operatori, promuovendo una loro stretta collaborazione e scambio di informazioni;
- Promuovere la diffusione delle informazioni sulle opportunità di accesso ai servizi ricercando maggiore organicità e collaborazione tra i vari i punti informativi, istituzionali e non, presenti sul territorio e attraverso appositi strumenti comunicativi diretti alla popolazione (Es. Carta dei servizi distrettuali, depliant informativi su singoli servizi innovativi e/o strategici, ecc.);
- Armonizzare a livello di distretto i regolamenti di accesso alla rete dei servizi;
- Facilitare l'accesso ai servizi eliminando le barriere di tipo architettonico, comunicativo e culturale;
- Facilitare accesso ai servizi attraverso la razionalizzazione delle procedure di valutazione e di erogazione delle prestazioni assistenziali necessarie e garantendo l'adeguata continuità assistenziale nei percorsi di cura dalla fase acuta delle malattie fino agli interventi socio sanitari e sociali del territorio (applicazione linee guida e percorsi assistenziali);

- mettere in campo una comunicazione finalizzata a rafforzare le conoscenze dei cittadini sui problemi di salute, di assistenza, di gestione dei rischi, di comportamento e prevenzione per effettuare scelte diagnostiche e assistenziali consapevoli;

3.2.5 La qualità dei servizi offerti

strategie e indirizzi

Sociali

- Consolidare le gestioni associate distrettuali tra i comuni dei servizi sociali ricercando e sperimentando anche ulteriori ed innovative forme di integrazione e condivisione delle attività (es. costituzione del Fondo sociale distrettuale);
- Valorizzare il ruolo delle Aziende di Servizio alla Persona come soggetti significativi per la gestione a livello distrettuale di diversi servizi alla persona al fianco di altri soggetti, pubblici e privati, operanti sul territorio;

Socio Sanitari

- Consolidare le gestioni associate ed integrate a livello distrettuale tra Comuni ed AUSL ricercando e sperimentando anche ulteriori ed innovative forme di integrazione e condivisione delle attività (es. definizione di nuovi protocolli operativi; costituzione di nuove equipe multi professionali; sviluppo del Bilancio per la non autosufficienza come strumento integrato e condiviso tra Comuni ed AUSL di gestione delle risorse; sviluppo del ruolo delle assistenti sociali come responsabili del caso, ecc.)
- Consolidare i processi per garantire l'adeguata programmazione integrata delle attività e delle risorse nonché il relativo monitoraggio e valutazione individuando l'Ufficio di Piano come strumento fortemente strutturato in modo integrato nelle sue competenze e professionalità al fine di garantire l'adeguato supporto ai Comitati di Distretto e ai Direttori di Distretto sia nella dimensione più tecnico amministrativa che in quella di attivazione dei percorsi di partecipazione e coinvolgimento degli operatori e delle forze sociali del territorio.

Sanitari

Vedere capitolo relativo agli indirizzi per il Programma Attuativo Locale.

3.3 Integrazione delle politiche

Vengono indicati in questo paragrafo una serie di indirizzi e strategie che interessano diverse aree di intervento (lavoro, scuola, casa, ecc.) che possono essere ragionevolmente ricondotte al contesto generale della salubrità e del benessere dell'ambiente di vita delle persona. Si tratta qui di affrontare in modo più complessivo ed organico anche il tema della "sicurezza sociale" fornendo indicazioni strategiche volte a favorire la rimozione delle condizioni profonde che possono concorrere a determinare la "percezione di insicurezza" senza comunque trascurare le necessità più contingenti. Siamo qui di fronte a temi molto complessi che richiedono una forte integrazione interistituzionale ed interprofessionale e un profondo impegno nel ricercare la collaborazione di tutte le risorse della comunità. Volendo ricercare la giusta efficacia ed efficienza si deve pertanto partire dal forte presidio della qualità del processo di integrazione valorizzando anche alcune esperienze già realizzate in tal senso e il ruolo di coordinamento che su alcuni di questi argomenti può essere svolto dalla Provincia.

3.3.1 Il lavoro

Strategie e indirizzi

- Sviluppare una comunità responsabile e solidale ricercando anche un maggiore coinvolgimento dei datori di lavoro nell'affrontare i problemi sociali del territorio;
- Incentivare l'occupazione giovanile e il lavoro stabile attraverso un raccordo maggiore tra percorsi formativi e lavorativi;
- Sostenere l'inserimento lavorativo e/o il re-inserimento lavorativo delle fasce di lavoratori più deboli (donne con figli o anziani a carico, lavoratori precari, persone ultracinquantenni) attraverso percorsi formativi e professionalizzanti interni alle aziende, la promozione dell'applicazione di orari flessibili ed adeguati alla conciliazione dei tempi di lavoro e i tempi di cura della famiglia, lo sviluppo di servizi a sostegno del ruolo di cura delle famiglie;
- Valorizzare l'inserimento lavorativo come elemento utile a favorire l'inserimento sociale e l'autonomia individuale delle persone in condizioni di maggiore fragilità sociale (disabili; soggetti con disturbi mentali, ex detenuti, ex tossicodipendenti, ecc) sviluppando la collaborazione con le cooperative di tipo b; ricercando una maggiore collaborazione con le aziende locali; sviluppando adeguati percorsi di formazione professionale e preinserimento lavorativo, valorizzando lo strumento della borsa lavoro all'interno di un complessivo progetto individuale e di vita.
- Sviluppare gli interventi finalizzati a garantire la sicurezza nei luoghi di lavoro, migliorando la qualità dell'autocontrollo, con iniziative di formazione, informazione, regolamentazione e vigilanza e promuovendo l'integrazione intersettoriale tra amministrazioni locali, ordini professionali e associazioni di categoria, sindacati AUSL, altri Enti preposti.

3.3.2 La scuola

strategie e indirizzi

- Sostenere lo sviluppo dei servizi educativi per la prima infanzia ricercando una copertura territoriale adeguata ai bisogni e tendenzialmente in linea con l'obiettivo "Lisbona 2010" del 30% sulla popolazione 0-2 anni; sviluppando le competenze degli operatori anche al fine di valorizzarne il ruolo che possono svolgere come sostegno ai ruoli educativi ed assistenziali delle famiglie nonché per rilevare precocemente eventuali condizioni di disagio;
- Promuovere lo star bene a scuola al fine di prevenire condizioni di disagio giovanile, dispersione scolastica, comportamenti devianti, attraverso il sostegno alla formazione degli insegnanti, la sperimentazione di progetti anche innovativi per favorire l'ascolto degli adolescenti nell'ambito scolastico anche valorizzandone e promuovendone le capacità espressive individuali e collettive;
- Favorire l'integrazione scolastica dei bambini ed degli adolescenti in condizione di fragilità attraverso azioni che possono aiutare a superare le difficoltà relazionali e di apprendimento di tipo fisico, sociale e culturale (Es. sostegno scolastico socio assistenziale ed educativo; fornitura della strumentazione necessaria per la comunicazione e l'apprendimento; organizzazione corsi di lingua italiana di primo e II livello per bambini stranieri; sviluppo della competenze accoglienti degli insegnanti; promozione dell'integrazione)
- Sviluppare una rete coordinata di servizi a sostegno della salute e del benessere del bambino e degli adolescenti promuovere l'integrazione e la progettazione tra servizi educativi e la scuola con i servizi e le attività sociali, sanitarie, sportive, culturali, ricreative;

3.3.3 La salubrità ambientale

strategie e indirizzi

- Nella pianificazione urbanistica e progettazione edilizia va considerato l'ambiente costruito come possibile determinante per la promozione della salute e del benessere sociale, in particolare favorente la sicurezza stradale, la socializzazione e la promozione dell'attività fisica.
- Promuovere il miglioramento della qualità dell'aria e contrastare l'inquinamento da rumore, intervenendo sia con pianificazioni e regolamentazioni urbanistiche adeguate, sia direttamente sulle fonti quali il traffico auto veicolare, emissioni e scarichi aziendali, ecc.
- Promuovere l'adozione di iniziative favorenti il risparmio di energia e la sua produzione da fonti rinnovabili.
- Promuovere iniziative volte al contenimento della produzione di rifiuti e alla raccolta differenziata, con interventi gestionali ed educativi.
- Promuovere interventi per la qualità dei bacini idrografici, anche al fine di garantire le caratteristiche di igienicità delle acque di balneazione.

3.3.4 La sicurezza degli alimenti

strategie e indirizzi

Vanno sviluppate le iniziative finalizzate a garantire la sicurezza degli alimenti nella filiera agroindustriale e turistico ricettiva, particolarmente sviluppate nel nostro territorio, migliorando la qualità dell'autocontrollo con iniziative di formazione, informazione, regolamentazione e vigilanza e promuovendo l'integrazione intersettoriale tra amministrazioni locali, ordini professionali, associazioni di categoria, sindacati, AUSL, altri Enti preposti.

3.3.5 La sicurezza stradale

- La sicurezza stradale, nonostante i miglioramenti raggiunti negli ultimi anni, rimane un obiettivo importante vista la diffusione del fenomeno e la gravità degli esiti, per cui vanno ulteriormente sviluppate azioni per il miglioramento ambientale, l'informazione e l'educazione anche attraverso una forte integrazione intersettoriale tra amministrazioni locali, forze di polizia, AUSL, scuole, autoscuole.
- Per poter disporre di informazioni utili alla programmazione e alla valutazione degli interventi per rendere più sicure le strade, si rende necessario sviluppare un sistema informativo integrato, tra le varie fonti di dati (AUSL, forze di polizia, enti locali).
- Per controllare i comportamenti a rischio nel consumo di sostanze, va sviluppata una maggiore collaborazione tra forze di polizia e operatori dei servizi sanitari.

3.3.6 La casa

strategie e indirizzi

- Favorire l'accesso alla casa in proprietà o in locazione ricercando e sperimentando anche interventi innovativi in collaborazione con le forze economico produttive del territorio (Es. Agenzie sociali per l'affitto, Fondi di garanzia, buoni casa; programmi di sviluppo dell'edilizia convenzionata e sovvenzionata, ecc...);
- valorizzare la qualità e la funzione sociale dei programmi e dei progetti di qualificazione urbana e dei nuovi insediamenti abitativi;
- promuovere la sicurezza e la salubrità della casa, coinvolgendo e responsabilizzando i proprietari degli alloggi;
- migliorare la accessibilità e fruibilità degli ambienti domestici alle persone con ridotte capacità motorie dando assistenza per la progettazione ed eventualmente, attivando i percorsi per un possibile sostegno economico alla realizzazione degli interventi;
- prevenire gli incidenti domestici ed in particolare le cadute degli anziani attraverso azioni di informazione e di assistenza diretta per la rimozione dei fattori di rischio.

3.4 Programmazione di Area Vasta Romagna

Il Coordinamento dei Presidenti delle Conferenze Sociali e Sanitarie Territoriali (CSST) conferma la scelta strategica dell'integrazione di Area Vasta come strumento per consolidare e sviluppare le prerogative di autonomia dei territori, nella programmazione e nella organizzazione dei servizi e delle funzioni sanitarie rientranti nei confini della cosiddetta autosufficienza territoriale, in un quadro di coerenza sovra-aziendale capace di assicurare la massima sostenibilità economica ad un sistema sanitario che persegue l'equità di accesso ad una gamma di servizi completa e di qualità, adeguata sia allo stato delle conoscenze scientifiche che alle aspettative della popolazione.

Vengono confermati i contenuti che il documento di intenti, già sottoscritto dalle CSST e dalle Organizzazioni Sindacali Confederali, definiva circa le caratteristiche della programmazione di Area Vasta Romagna, ed in particolare i principi che dovevano guidare la programmazione dei servizi: non ridondanza, prossimizzazione, differenziazione, valorizzazione professionale.

È una scelta di necessità ma è anche, e soprattutto, una scelta per migliorare la qualità dei servizi alla popolazione presente sul territorio romagnolo.

Di necessità perché, per quanto il finanziamento del sistema sanitario possa, nel futuro, essere significativamente integrato, il suo livello non sarà da solo sufficiente a soddisfare il fabbisogno di risorse. La crescita dei costi determinata dalla evoluzione dei bisogni e delle aspettative della popolazione e, soprattutto, dall'introduzione delle nuove tecnologie mediche, non potrà essere controbilanciata esclusivamente da un aumento del finanziamento. Lo scarto tra il fabbisogno di risorse economico-finanziarie e finanziamento è di tipo strutturale e quindi è riducibile mediante azioni di forte razionalizzazione, ma non eliminabile.

È una scelta di qualità dei servizi, tecnica e non solo. Tecnica per tutti quei servizi che richiedono l'impiego di risorse sofisticate e costose che non possono essere duplicate, se non quando viene superata una soglia minima di domanda da soddisfare. Pena la compromissione della efficacia e della efficienza complessiva o di servizio reso al cittadino.

La strategia di integrazione d'Area Vasta va quindi ribadita e rafforzata. Il rafforzamento deve partire da una migliore definizione degli organismi di coordinamento della programmazione, delle loro modalità di concertazione con le Organizzazioni Sindacali, così come va data una migliore strutturazione al coordinamento delle Direzioni Generali delle Aziende sanitarie.

L'integrazione dei servizi sanitari dovrà avvenire sfruttando alle migliori condizioni possibili, di qualità e di efficienza, le piattaforme tecnico-logistiche presenti nella rete territoriale dei servizi. L'integrazione professionale andrà sviluppata attraverso i cosiddetti Coordinamenti di Area Vasta, precisando che l'individuazione del "coordinatore professionale" si deve prioritariamente fondare sulle caratteristiche di autorevolezza professionale e di leadership, e che l'appartenenza ad una struttura produttiva del titolare del coordinamento non identifica, di per sé, la struttura di riferimento della rete. La distribuzione dei

coordinamenti deve inoltre favorire un equilibrio armonico tra le diverse aziende, anche al fine di promuovere un efficace clima di collaborazione tra le strutture della rete assistenziale.

Molti dei progetti condivisi (IRST, Centrale Operativa Romagna Soccorso, Laboratorio analisi e officina trasfusionale di AVR e coordinamenti professionali) hanno preso avvio e, per alcuni di essi si registra un avanzato stato di realizzazione. Il progetto di rete oncologica della Romagna ha visto l'attivazione del suo centro nevralgico e catalizzatore, l'Istituto Scientifico di Ricovero e Studio dei tumori di Meldola. La realizzazione della centrale operativa Romagna Soccorso ha visto la fusione delle centrali operative di Ravenna, Forlì e Cesena e si prevede entro la fine dell'anno la confluenza della centrale di Rimini.

Nel caso del laboratorio analisi, la realizzazione del CoreLab di Romagna, per quanto di indiscussa rilevanza tecnica ed economica, non è che una tappa di un lungo processo di integrazione tra i laboratori delle aziende sanitarie, che la dimensione e la flessibilità della struttura in corso di allestimento consentirà di estendere ad altre attività diagnostiche su materiali biologici.

Analoghi processi di integrazione funzionale e logistica interesseranno i servizi di supporto amministrativi e tecnici, che usufruiranno presso la sede di Pievesestina, di una piattaforma logistica unica dedicata alla ricezione, stoccaggio e distribuzione dei beni di consumo.

3.5 Indirizzi e strategie per il Programma Attuativo Locale

Premessa

Il P.A.L. è lo strumento che traduce in interventi e servizi le linee programmatiche di ambito sanitario, con l'obiettivo di trasformare le istanze di salute ed assistenziali in azioni concrete attuabili da parte dell'Azienda Sanitaria, secondo quanto indicato nel Piano Sociale e Sanitario Regionale e nelle varie Direttive e Circolari Regionali. Il P.A.L. che dovrà essere approvato dalla Conferenza, si caratterizza quindi come traduzione pluriennale degli indirizzi contenuti nell'Atto della CSST.

Il P.A.L. dovrà definire l'assetto dei servizi in capo all'Azienda, in senso qualitativo e quantitativo; a tale risultato partecipano due fattori distinti:

- il processo di definizione del Piano, in quanto momento importante di riflessione, coinvolgimento e responsabilizzazione per l'intera organizzazione,
- le indicazioni contenute nel Piano stesso, in quanto documento che rappresenta ed esplicita l'ambito e le modalità degli interventi che l'Azienda si propone di realizzare nel triennio.

Compatibilmente alle risorse disponibili, si dovrà agire sugli assetti organizzativi, sulle forme di coordinamento e sulle modalità di erogazione delle attività, migliorandone la qualità, favorendone l'efficacia, l'economicità e l'equità.

Le scelte del PAL dovranno basarsi su principi e orientamenti condivisi anche a livello di Area Vasta e nello specifico su:

1. il *principio della non ridondanza* dei servizi per programmare la loro distribuzione a medio – alta complessità assistenziale e alta sofisticazione del sistema tecnico, evitando una loro immotivata duplicazione;
2. il *principio della diversificazione* dei servizi e della *differenziazione* delle linee di produzione per guidare l'allocazione delle risorse integrative;
3. il *principio dell'inclusività* dell'organizzazione della produzione di prestazioni e servizi in modo tale da evitare lo spostamento di popolazioni significative ogni qual volta sia possibile erogare le prestazioni in condizioni di maggior prossimità nel rispetto dell'imperativo di qualità tecnica e della doverosa ricerca dell'efficienza d'uso delle risorse.

L'elaborazione delle linee di indirizzo per l'erogazione degli interventi e delle azioni dovranno pertanto basarsi su valori fondamentali, quali:

- *l'affidabilità*, attraverso una adeguata continuità degli interventi sulla base dei bisogni della popolazione;
- *l'equità*, garantendo pari e tempestiva opportunità di accesso alle prestazioni e ai servizi;
- *la trasparenza*, informando costantemente sullo stato di avanzamento verso gli obiettivi preposti;
- *la flessibilità*, tramite la capacità di rispondere in condizioni non standard;
- *l'efficacia* intesa come capacità di selezionare le azioni basate su prove di evidenza nel sapere raggiungere gli obiettivi assistenziali ed organizzativi che si intendono perseguire;
- *l'efficienza operativa*, intesa come l'ottenimento del migliore rendimento delle risorse disponibili;
- *la centralità del cittadino*, intesa come capacità di adeguare con continuità e costanza le azioni, i comportamenti ed il servizio prodotto alle necessità della popolazione.

Dal punto di vista strategico, occorre coniugare la buona qualità dei servizi con la loro sostenibilità economica, attraverso un sistema capace di integrare e coordinare gli interventi tra attori pubblici e privati accreditati.

Le principali linee di programmazione dei servizi sanitari vengono distinte per Area Ospedaliera e per Area Territoriale, individuando le tematiche che dovranno essere circostanziate nel PAL stesso.

3.5.1 l'assistenza ospedaliera

Nell'ottica dello sviluppo di un sistema ospedaliero articolato su più stabilimenti, dove si riconosce la specificità dell'ospedale nelle caratteristiche di intensità e complessità delle cure prestate, si dovrà porre attenzione alle seguenti aree:

a) Emergenza-urgenza –

Il sistema si compone di una Centrale Operativa 118 unificata di Area vasta per il coordinamento dei soccorsi sul territorio, di una serie di presidi territoriali locali, di un Centro Traumi multi-specialistico ospedaliero localizzato a Cesena.

Mentre il percorso di integrazione delle Centrali Operative può considerarsi concluso, occorre adottare strategie di miglioramento dell'appropriatezza d'uso dei servizi territoriali per l'emergenza; in particolare, la Continuità Assistenziale, gli ambulatori di pronto intervento, i servizi di Pronto Soccorso, in stretta integrazione con l'estensione delle fasce orarie di apertura degli ambulatori territoriali, organizzata dai Nuclei di Cure Primarie.

E' inoltre necessario affrontare il problema dell'eccessivo ricorso diretto dei cittadini al Pronto Soccorso ospedaliero e occorre ridurre il fenomeno dei ricoveri ripetuti e inappropriati per soggetti anziani affetti da patologie croniche.

Riguardo al Trauma Center, essendo la previsione evolutiva del volume di attività in incremento, occorre rivalutare le dotazioni di tutti i posti letto dedicati, di livello assistenziale intensivo e semi-intensivo, e le relative risorse attribuite.

b) Medicina Interna e Specialistiche Mediche - . Revisione degli assetti organizzativi in funzione, sia della necessità di garantire aderenza ai principi di non ridondanza e complementarità applicati a livello di programmazione di Area Vasta, sia per perseguire la differenziazione funzionale tra strutture altamente specialistiche e strutture territoriali di primo livello, definita nei percorsi assistenziali.

c) Maternità-infanzia – occorre realizzare programmi ad alta integrazione con il territorio che garantiscano la migliore tutela della donna durante la gravidanza e l'assistenza al bambino dal concepimento a tutta la fase dello sviluppo, assicurando una efficace gestione delle urgenze pediatriche, la presa in carico delle patologie croniche, sia di natura organica che neuro-psichiatrica, ed assicurando gli idonei trattamenti riabilitativi.

d) Chirurgia - si dovrà promuovere la qualificazione delle unità Chirurgiche, in particolare per le funzioni hub, e la razionalizzazione nell'uso e nella distribuzione degli spazi operatori, utilizzando appieno le potenzialità offerte della nuova "piastra servizi"

e) Oncologia – l'attivazione della rete oncologica romagnola che fa capo all'IRST, rappresenta una importante opportunità per sviluppare percorsi assistenziali completi e organizzati secondo i protocolli terapeutici più aggiornati.

f) Centralizzazione delle funzioni laboratoristiche presso la struttura di Area Vasta di Pievesestina – il progressivo trasferimento delle attività laboratoristiche e di lavorazione del sangue, costituisce occasione per

una verifica e revisione delle procedure lavorative e delle modalità di accesso e risposta tra unità di cura ed unità diagnostiche, con opportunità di miglioramento a livello qualitativo dei servizi e di razionalizzazione di tutta l'attività diagnostica su materiali biologici

3.5.2 l'assistenza territoriale

Nell'ottica dello sviluppo di un sistema di assistenza che si pone come finalità il benessere diffuso, è necessario garantire, anche in area territoriale:

- la presa in carico individualizzata;
- l'attività di prevenzione, cura e assistenza;
- la qualificazione ed innovazione degli interventi a sostegno alla domiciliarità.

Sul versante dell'erogazione dei servizi di cura, è necessario strutturare l'organizzazione in modo da poter accogliere la persona nella sua globalità, già dalla fase di dimissione ospedaliera, curando l'inserimento dei casi complessi e a lungo decorso in appropriati percorsi di cura integrati.

Assistenza Primaria

i Nuclei di cure Primarie (NCP)- L'attuale Piano regionale determina l'ulteriore sviluppo dei NCP, con un progressivo cambiamento della loro forma organizzativa, per passare da una aggregazione funzionale, intesa come rete clinica integrata di operatori, ad una aggregazione strutturale, che rappresenti il nodo fondamentale della rete integrata di servizi distrettuali. I Nuclei diventeranno quindi, a tutti gli effetti, Centri di Responsabilità con gestione di risorse attribuite e dovranno garantire impegno ad un utilizzo razionale ed efficiente delle stesse.

I NCP dovranno garantire l'assistenza infermieristica, l'assistenza ostetrica e l'accesso all'assistenza sociale. La stessa sede è punto di riferimento dei MMG, dei PLS e dei medici di continuità assistenziale, che possono erogarvi direttamente l'assistenza in forma associata.

Le demenze

Un obiettivo strategico dovrà riguardare l'assistenza alle persone colpite da demenza e con gravi sintomi psico-comportamentali associati, concentrando l'attenzione all'integrazione dei servizi, valorizzando le reti dei servizi e diversificando la risposta residenziale e semi residenziale.

Salute mentale e dipendenze patologiche

L'attività di organizzazione e programmazione dell'attività dovrà essere orientata sia alla promozione della salute mentale secondo una concezione allargata al benessere psicologico, relazionale e sociale e alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione del disagio psichico, del disturbo mentale sia al contrasto alle dipendenze patologiche nell'intero arco della vita. Particolare cura dovrà essere posta nella fase di passaggio dei pazienti dall'età pediatrica a quella adulta.

Sportelli Unici Distrettuali

La presa in carico del cittadino dovrà essere facilitata da una rete integrata di sportelli unici distrettuali attraverso la polifunzionalità degli stessi, la semplificazione delle procedure e attraverso modalità operative integrate a carattere sanitario, sociale e socio sanitario.

Specialistica ambulatoriale

L'assistenza specialistica ambulatoriale va assicurata all'interno di un sistema di garanzie finalizzato al rispetto dei Tempi Massimi di Attesa (TMA), secondo le regole dettate dal S.S.R.

Prevenzione

La prevenzione, considerata punto cruciale per la tutela e la promozione della salute, dovrà essere perseguita sul piano collettivo, rispetto alle azioni:

- nel campo della sicurezza alimentare, in considerazione della realtà socioeconomica che fa degli allevamenti e della lavorazione degli alimenti di origine animale, un cardine della realtà produttiva del territorio,
- nella medicina del lavoro (prevenzione degli infortuni),
- nella diagnosi precoce (screening oncologico)
- promozione di corretti stili di vita
- nella copertura vaccinale

3.6 Programmi formativi degli operatori

I cambiamenti intervenuti a livello istituzionale conseguenti al ritiro delle deleghe da parte dei Comuni e l'avvio della gestione associata nei due ambiti distrettuali, le azioni conseguenti all'avvio del FRNA con particolare attenzione ai progetti innovativi, richiedono la necessità di attivare momenti di formazione rivolta agli operatori sociali e sanitari orientata a sostenere quella integrazione fra i servizi sociali dei Comuni e i servizi sanitari dell'A.usl indispensabile per assicurare l'adeguata continuità assistenziale e una presa in carico efficace e completa dei bisogni delle persone

Le aree in cui si prevedono specifici percorsi di formazione sono quelle degli anziani, dei disabili, della salute mentale, dell'infanzia - età evolutiva. Sono eventi formativi rivolti sia ad approfondire il nuovo quadro

istituzionale e gestionale sia formazione specifiche al fine aumentare le capacità professionali e culturali utili a valorizzare il ruolo che ogni operatore può svolgere in un contesto di lavoro integrato multi professionale.

Area Anziani e Disabili

Si prevedono incontri formativi /informativi rivolti in particolare:

alle unità di valutazione geriatriche, al fine di migliorare la capacità di sviluppare un approccio multidimensionale e multi professionale;

alle assistenti sociali al fine di valorizzare il ruolo responsabili del caso e terminale principale nei rapporti con gli utenti e le famiglie e nell'attivazione dei servizi sociali e socio sanitari.

Agli operatori sociali e sanitari al fine di svilupparne le capacità di lettura delle relazioni che si sviluppano all'interno del nucleo familiare al fine di riconoscere e prevenire eventuali forme di trascuratezza e di negligenza a danno degli anziani;

agli operatori famigliari che si prendono cura dell'anziano non autosufficiente (Badanti, parenti, ecc.), anche attraverso forme di tutoraggio on the job, al fine di svilupparne competenze socio assistenziali e relazionali utili alla realizzazione dei Piani assistenziali individuali

Area Salute Mentale

In questa area l'obiettivo è quello di avviare una formazione rivolta ad operatori sociali e sanitari afferenti ai Comuni e alla A.Usl al fine di valorizzare il reciproco ruolo all'interno di contesti organizzativi in continua evoluzione, acquisire modalità più efficaci di confronto e integrazione operativa tra servizi diversi e fra l'area sociale e sanitaria, sviluppare capacità progettuali che facilitino la promozione e il reperimento di nuove risorse del territorio

Area Infanzia – Età Evolutiva e Famiglia

In questa area la formazione è rivolta agli operatori sociali e sanitari che si occupano della presa in carico di famiglie multiproblematiche, con particolare attenzione alla tema della tutela dei minori vittime di abuso e maltrattamento e delle loro famiglie (approfondendo i temi relativi alla capacità di cogliere i segnali di disagio, al sostegno del minore nel percorso di segnalazione e rivelazione)

Altro tema centrale è quello relativo alla promozione di una cultura dell'adozione, del sostegno alle famiglie nel post adozione e supervisione agli operatori che seguono casi di adozioni particolarmente complesse e promozione dell'affido familiare nella sue varie forme.

3.7 Programmi provinciali in area sociale

La Provincia svolge un significativo ruolo di supporto allo sviluppo dei servizi di welfare territoriali che va consolidato e valorizzato soprattutto nella sua dimensione di raccordo e collaborazione con le politiche distrettuali. Tra le funzioni istituzionali della provincia in ambito sociale si sottolinea l'importanza di:

1. L'implementazione e gestione del sistema informativo provinciale dei servizi sociali;
2. il monitoraggio relativo all'affidamento in gestione di servizi socio-assistenziali, socio-sanitari e socio-educativi;
3. la gestione delle attività in materia di autorizzazione al funzionamento di servizi per l'infanzia in attuazione della L.R. n. 1/00 e successive modificazioni, della direttiva approvata con DCR n. 646/05 e di servizi socio-assistenziali e socio-sanitari in attuazione della L.R. n. 34/98, della L.R. 2/03 e della DGR 846/2007;
4. la promozione di azioni formative a beneficio di operatori impegnati in progetti, interventi e servizi che interessano bambini e adolescenti;
5. la partecipazione e promozione di progetti provinciali, scambi interprovinciali, interregionali e internazionali;
6. il coordinamento per l'infanzia e l'adolescenza ai sensi della DGR 846/2007;
7. il sostegno alle attività dei costituiti Coordinamenti Provinciali degli Enti di Servizio Civile (CO.PR.E.S.C.);

Di rilievo poi risulta l'implementazione di specifici programmi finalizzati in modo coordinato con la programmazione di ambito distrettuale. Rispetto a tali programmi per il comprensorio cesenate si sottolinea l'importanza degli indirizzi attinenti già indicati nelle parti precedenti del presente documento ed in particolare:

Programma provinciale per la riqualificazione del personale ADB/OTA operante nei servizi in Operatore socio-sanitario (OSS):

Sostenere la riqualificazione degli operatori per l'assistenza di base attualmente in servizio nei diversi contesti operativi, per il conseguimento della nuova qualifica di "Operatore socio-sanitario", anche tenuto conto delle indicazioni per l'accreditamento dei servizi socio sanitari .

Piano straordinario di intervento (programma finalizzato) per lo sviluppo, la qualificazione e il consolidamento del sistema integrato dei servizi socio-educativi per i bambini in età 0-3 anni:

- sostenere e promuovere l'aumento dell'offerta dei servizi socio-educativi al fine di meglio rispondere ai bisogni delle famiglie;
- sostenere e qualificare il funzionamento dei servizi socio-educativi (nidi, servizi integrativi, servizi sperimentali) all'interno di ogni territorio provinciale.

Programma provinciale per la promozione delle politiche di tutela e accoglienza dell'infanzia e dell'adolescenza:

- A) promozione e sviluppo delle politiche di tutela dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza
- lo sviluppo di azioni che garantiscano la crescita armonica e contesti favorevoli per l'attuazione di una cultura dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza e di una genitorialità responsabile;

- la qualificazione dei servizi educativi ed aggregativi per il tempo libero anche in stretto collegamento con la realtà scolastica con una particolare attenzione alla preadolescenza e adolescenza (norme di riferimento: l. 285/97);
- l'implementazione e consolidamento del sistema di protezione dei bambini e ragazzi vittime o a rischio di violenze, maltrattamenti e trascuratezza sostenendo le reti di équipe di secondo livello e gli spazi e i servizi per le audizioni protette;

B) Promozione e sviluppo dell'affidamento familiare e dell'accoglienza in comunità di bambini e ragazzi (l.184/83 e successive modifiche e DGR. 846/07)

- coordinamento dei diversi attori, istituzionali e non, che hanno competenze in materia di affidamento familiare e accoglienza in comunità;
- incremento delle capacità educative e di tutela degli adulti accoglienti attraverso corsi specifici di preparazione;
- avvio e sostegno di gruppi di mutuo aiuto sia per i nuclei affidatari che per quelli di origine, al fine di sostenerli nell'attuazione del progetto di affidamento;

Programma provinciale "Piano territoriale provinciale per azioni di integrazione sociale a favore dei cittadini stranieri immigrati"

- consolidamento e implementazione della funzione di osservazione e monitoraggio della immigrazione straniera a livello provinciale;
- sostegno all'avvio e al consolidamento di forme di raccordo tecnico a livello provinciale e locale, fra Prefetture, Questure, Sportelli unici per l'immigrazione, Comuni e soggetti del privato sociale, finalizzate a semplificare e velocizzare il disbrigo delle pratiche amministrative (rinnovi del permesso di soggiorno, ricongiungimenti familiari, ecc.);
- sostegno ad interventi a sostegno di iniziative di comunicazione interculturale attraverso l'utilizzo dei principali media (radio, internet, televisione, stampa);
- avvio e implementazione di piani di intervento contro le discriminazioni in raccordo al Centro regionale contro le discriminazioni;
- progettazione di percorsi formativi rivolti agli operatori preposti alle relazioni con i cittadini stranieri, finalizzati a garantire ai cittadini stranieri pari condizioni di accesso e adeguate prestazioni da parte dei servizi;
- interventi nell'ambito di percorsi di accoglienza e integrazione rivolti ai minori stranieri non accompagnati, finalizzati a consolidare un governo provinciale del fenomeno in raccordo con il Tavolo provinciale per l'accoglienza minori;

3.8 Priorità degli investimenti

Sociali e socio-sanitari

Considerati i bisogni prioritari emersi dal profilo di comunità, dall'analisi dei servizi e dai focus group, nonché considerati i Piani degli investimenti distrettuali approvati con i Pini attuativi 2008 dei Piani Sociali di Zona, nei prossimi anni risulta importante sostenere in particolare gli intereventi proposti da soggetti pubblici o privati aventi le seguenti finalità:

1. sviluppare le opportunità di accesso alla casa alle persone in condizioni di maggiore fragilità socio economica;
2. sviluppare le opportunità di accoglienza residenziale o semiresidenziale per minori;
3. sviluppare le opportunità di accoglienza protetta e a bassa soglia per persone con disturbi mentali;
4. sviluppare la rete dei servizi residenziali e semiresidenziali per le persone non autosufficienti sostenendo l'adeguamento agli standard strutturali previsti dalla normativa vigente e, per gli anziani, lo sviluppo delle capacità ricettive in linea con il progressivo invecchiamento della popolazione

Nella scelta dei progetti da sostenere le programmazioni distrettuali dovranno porre attenzione alla loro coerenza con la rete dei servizi esistente valutando anche le esigenze di completamento dei progetti strutturali eventualmente già inseriti nelle programmazioni precedenti;

Le priorità di intervento sopra indicate sono utili per individuare i progetti di investimento da finanziare con i contributi regionali di cui all'art 48 della legge regionale 2/2003 o con eventuali altri canali di finanziamento regionale e statale, ma vogliono essere anche indicazioni per orientare tutti gli sforzi che le amministrazioni pubbliche possono mettere in campo per favorire la realizzazione di interventi di tipo strutturale (Es. concessione immobili di proprietà anche ottenuti attraverso le procedure perequative di cui all'art 18 della legge regionale 20 del 2000 riduzione tempi per procedure tecnico/burocratiche, ecc)

Sanitari

Avanzamento dei programmi pluriennali di ristrutturazione e potenziamento delle strutture edilizie e delle dotazioni di attrezzature sanitarie, che comprendono tra le opere più significative:

- il completamento della "piastra servizi" dell'Ospedale Bufalini,
- gli adeguamenti ai requisiti di sicurezza degli impianti e delle strutture sanitarie,
- il completamento delle strutture laboratoristiche e della piattaforma logistica di Pievesestina,
- l'avanzamento del Piano Investimenti per le tecnologie sanitarie.

4. Indirizzi per il coordinamento, la partecipazione, il monitoraggio e la valutazione

4.1 Indirizzi per la governance e il coordinamento interistituzionale

La normativa vigente attribuisce alla **CTSS** un ruolo centrale per le funzioni di coordinamento, promozione, controllo, delle politiche sociali, sanitarie e socio sanitarie nell'ambito territoriale di riferimento.

Lo stesso PSSR offre una lettura coordinata delle funzioni della CTSS a cui occorre integralmente rifarsi a partire dal rinnovamento del Regolamento di funzionamento della stessa Conferenza.

Oltre ai sindaci dei 15 Comuni del Comprensorio cesenate alla CTSS partecipa la **Provincia di Forlì-Cesena** la quale, oltre, all'importante compito di presidiare l'integrazione delle politiche sociali e sanitarie con quelle maggiormente affini come le politiche formative, del lavoro, ambientali, del trasporto pubblico, dello sviluppo territoriale, ecc., ha anche funzioni specifiche in merito alla formazione scolastica e professionale dei disabili nonché rispetto alla promozione e sviluppo del loro inserimento lavorativo; allo sviluppo e promozione delle scuole per la prima infanzia; alla raccolta di dati ed informazioni sul sistema del Welfare provinciale; alla promozione e sostegno del volontariato; alla prevenzione e contrasto del maltrattamento e abuso minorile; alla promozione dell'adozione e dell'affido.

Come supporto tecnico alle funzioni della CTSS viene ribadito il ruolo centrale dell'Ufficio di supporto di recente rinnovato secondo le linee di indirizzo regionale.

Di estremo rilievo poi, a livello distrettuale, la funzione di governance svolta dai **Comitati di Distretto** ai quali compete in particolare la funzione di governo, relativa alla programmazione di ambito distrettuale (comprensiva dell'area della non autosufficienza), alla regolazione e alla verifica dei risultati di salute e di benessere raggiunti, alla definizione delle regole per l'accreditamento in ambito socio sanitario demandate all'ambito distrettuale e quelle per l'accesso al sistema e per la compartecipazione alla spesa.

Un compito significativo nell'ambito del comitato di Distretto viene svolto del **Direttore del Distretto Sanitario** il quale, come rappresentante dell'Azienda AUSL, deve esprimere il proprio parere in merito alle decisioni in materia sanitaria e socio sanitaria.

Considerata l'importanza delle funzioni svolte si ritiene opportuno che anche i Comitati di Distretto adottino un apposito regolamento per disciplinare le loro funzioni. Tali regolamenti dovranno tenere in considerazione in particolare la necessità di garantire un'efficace continuità tra le funzioni di governo e le relative funzioni amministrative e tecnico gestionali svolte dal Comune Capofila individuato nelle apposite convenzioni come indicato nel PSSR.

A supporto dell'attività di governo e di committenza del Comitato di Distretto e del Direttore di Distretto sanitario un ruolo significativo svolgono gli Uffici di Piano distrettuali i quali in linea con le indicazioni regionali, dovranno sempre più strutturarsi come Uffici integrati con personale dei Comuni e dell'AUSL capaci

di presidiare al meglio tutte le funzioni loro attribuite, con particolare riguardo a quelle più innovative rispetto alle funzioni storicamente attribuite agli Uffici di Piano in relazione alla programmazione delle attività sociali (es. preparazione della parte sanitaria dei documenti di programmazione distrettuale con relativo monitoraggio e verifica dei risultati ottenuti; adempimenti relativi all'accreditamento dei servizi socio sanitari)

Per la gestione dei servizi sociali e socio sanitari i due distretti hanno già approvato apposite convenzioni che, seppur con alcune differenze nei due ambiti distrettuali, vedono i vari Comuni e l'Azienda usl partecipare in modo integrato alla organizzazione e gestione delle attività e dei servizi convenzionati superando lo strumento della mera delega di tali attività e servizi alla stessa AUSL.

Data la novità che rappresentano i nuovi modelli gestionali occorre presidiare con attenzione la loro completa implementazione in tutti i vari aspetti. Tale processo richiede approfondimenti ed innovazioni organizzative che vanno debitamente sperimentate e formalizzate tra i soggetti istituzionali coinvolti con particolare attenzione all'integrazione e al coordinamento delle reciproche attività e professionalità (protocolli operativi, equipe integrate di lavoro, regolamenti di funzionamento, ecc.).

Di rilievo in questa fase iniziale il ruolo di governo e coordinamento svolto dai Comitati di Distretto e dalla Conferenza Sociale e Sanitaria territoriale.

4.2 Indirizzi per la partecipazione e la concertazione

Al fine di assicurare scelte di indirizzo e programmatiche attente ai reali bisogni dei cittadini, la CTSS e i Comitati di distretto, assicurano percorsi ampiamente partecipati sia per quanto riguarda la dimensione politico concertativa con le maggiori forze sociali del territorio (OO.SS.; Associazioni del Volontariato e di promozione sociale, organizzazioni del mondo cooperativo ed imprenditoriale, ecc.) sia per quanto riguarda la sua dimensione più tecnico/progettuale.

Per quanto riguarda la dimensione politico concertativa si individuano i seguenti elementi essenziali di confronto dai quali far discendere eventuali accordi di intesa in merito alla programmazione da approvare:

- tavoli di confronto con le Organizzazioni Sindacali Confederali e dei Pensionati;
- tavoli di confronto con le organizzazioni rappresentative del mondo imprenditoriale;
- tavoli di confronto con il terzo settore (Cooperazione sociale; Associazioni di Volontariato; Associazioni di Promozione Sociale);

Per quanto riguarda la partecipazione delle Associazioni di volontariato ai tavoli di confronto con il terzo settore occorre avviare un percorso che garantisca una ampia rappresentatività (comprensoriale e/o distrettuale a secondo del caso) alle Associazioni partecipanti.

Per quanto riguarda la dimensione tecnico progettuale occorre partire dalla consolidata esperienza dei tavoli e gruppi di lavoro dei Piani sociali di zona e dei Piani per la salute per individuare un percorso strutturato che permetta di affrontare in modo approfondito ed integrato tutte le materie oggetto di programmazione con gli operatori del territorio interessati cercando di evitare sia il rischio di eccessivo settorialismo, che quello inverso dell'eccessivo generalismo.

La partecipazione, sia nella sua dimensione politico concertativa, che in quella tecnico progettuale, non si deve limitare al momento antecedente alla predisposizione dei documenti di indirizzo e programmatori, ma deve garantire il confronto anche sull'analisi dei dati di attività realizzata attraverso gli strumenti di monitoraggio e verifica indicati al paragrafo successivo.

L'Ufficio di Supporto per quanto riguarda l'atto di indirizzo e coordinamento della CTSS e gli Ufficio di Piano per quanto riguardano il Piano di zona distrettuale per il benessere e la salute ed i relativi Piani attuativi annuali hanno il compito di organizzare i suddetti momenti di partecipazione.

4.3 Indirizzi per il monitoraggio e la valutazione

L'analisi dell'andamento delle attività e delle risorse impiegate è un momento determinante per valutare gli esiti della programmazione approvata sia in corso d'anno al fine di apportarvi eventuali correttivi, sia a fine esercizio, al fine di tenerne conto per la programmazione dell'anno successivo.

Partendo dall'esperienza dei Comuni con le verifiche sul PEG e con i Bilanci sociali e da quella dell'Azienda USL con le verifiche di budget e con il Bilancio di Missione, la prospettiva è quella di avviare un monitoraggio costante sull'andamento delle attività e dei servizi programmati che permetta la produzione di report semestrali i quali saranno anche oggetto dell'analisi e del confronto nei tavoli politico-concertativi e tecnico progettuali di cui al paragrafo precedente.

A tal fine occorre prevedere apposite procedure e strumenti di rilevazione da condividere con i vari soggetti interessati anche al fine di razionalizzare i vari debiti informativi a cui essi sono soggetti e di utilizzare al meglio la reportistica già esistente. Un ruolo significativo nel monitoraggio e rilevazione dei dati dovrà essere svolto dalla completa informatizzazione e integrazione della banche dati implementate dai vari operatori sociali e sanitari.

Gli Uffici di Piano hanno il compito di predisporre le procedure e gli strumenti per il monitoraggio e la verifica del raggiungimento degli obiettivi indicati nel Piano di zona distrettuale per il benessere e la salute nonché dell'andamento delle attività e dei servizi programmati nel Piano attuativo annuale e la redazione dei report di rendicontazione semestrale.

L'Ufficio di Supporto ha il compito di predisporre le procedure e gli strumenti per il monitoraggio e la verifica degli indirizzi e degli obiettivi indicati nell'Atto di indirizzo e coordinamento avvalendosi anche delle informazioni già raccolte dagli Uffici di piano per la rendicontazione di livello distrettuale.

