



Distretto Città di Bologna

**PIANO TRIENNALE PER LA SALUTE
E IL BENESSERE SOCIALE
2009 - 2011**

Dati aggiornati al 25 marzo 2009

Indice

1. IL PERCORSO DI COSTRUZIONE E IL PROFILO DI COMUNITÀ DEL DISTRETTO CITTÀ DI BOLOGNA	5
1.1 Gli attori e il percorso di costruzione.....	6
1.2. Il profilo di comunità del Distretto di Bologna: i bisogni emergenti della popolazione	8
1.2.1 Quadro demografico.....	8
1.2.2 La popolazione residente e gli stranieri	8
1.2.3 Le Famiglie e i minori	10
1.2.4 La popolazione anziana	12
1.3 L'offerta di servizi sociali, socio sanitari e educativi	14
1.3.1. Servizi per Minori e Famiglie	14
1.3.2 I servizi educativi e scolastici.....	16
1.3.3 Servizi per Adulti	18
1.3.4 Servizi Per Immigrati	22
1.3.5 Servizi Per Anziani	27
1.3.6 Servizi per Disabili.....	32
1.3.7 Lo Sportello Sociale.....	37
1.4 L'offerta di servizi sanitari	38
1.4.1 Assistenza Domiciliare integrata.....	38
1.4.2 Assistenza Ospedaliera.....	38
1.4.3 Assistenza Farmaceutica territoriale	38
1.4.4 Pronto Soccorso	39
1.4.5 Assistenza Specialistica ambulatoriale.....	39
1.5 Alcuni approfondimenti sul Profilo di Comunità	40
1.5.1 Profilo di comunità – alcuni dati di raffronto tra il Distretto Città di Bologna e il livello provinciale.....	40
1.5.2 Breve sintesi “risultanze del profilo di comunità” dall’Atto di indirizzo della CTSS.....	44
1.5.3 Due approfondimenti specifici: la realtà del Quartiere S. Donato e l’area urbana della stazione	46
2. LINEE DI INTERVENTO CHE ATTUANO L’INTEGRAZIONE DELLE POLITICHE.....	50
3. STRUMENTI DELL’INTEGRAZIONE GESTIONALE E PROFESSIONALE	52
4. GLI OBIETTIVI STRATEGICI E LE PRIORITÀ DI INTERVENTO TRASVERSALI.....	55
4.1 Integrazione sociosanitaria.....	56
4.2 Sviluppo dei servizi sociali territoriali.....	57
4.3 Sviluppo delle ASP	58
4.4 Promozione del benessere e prevenzione in tutti i contesti di vita	58
4.5 Innovazione orientata all’inclusione e alla personalizzazione dei servizi	59
4.6 Centralità della Persona e dei suoi bisogni	60
4.7 Promuovere un’ottica di genere in tutte le politiche	60
4.8 Valorizzazione delle risorse umane	61
5. OBIETTIVI PRIORITARI PER SPECIFICI TARGET DI RIFERIMENTO	62
5. 1 Responsabilità familiari - Infanzia e adolescenza	63
5. 2 Giovani e dipendenze.....	68
5.3 Immigrati stranieri.....	71
5.4 Povertà ed esclusione sociale.....	76
5. 5 Anziani.....	80
5.6 Disabili.....	83
6. OBIETTIVI NELL’AREA DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA.....	86
7. MONITORAGGIO E VALUTAZIONE	92
8. ORIENTAMENTI PER LA PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA	93

Tutta la normativa e la documentazione di riferimento per la programmazione triennale, di cui si fa ampiamente riferimento nel presente Piano, è disponibile sul Sito del Settore Coordinamento Sociale e Salute del Comune di Bologna alla pagina

<http://www.comune.bologna.it/sociale-salute/>

1. Il percorso di costruzione e il profilo di comunità del Distretto Città di Bologna

Premessa

Il primo Piano Sociale e Sanitario regionale, approvato nel maggio scorso¹, ha individuato le linee di sviluppo del sistema di welfare regionale per la salute e il benessere dei cittadini.

La parola chiave dell'intero piano è l'integrazione: l'integrazione istituzionale, che propone la collaborazione fra istituzioni diverse per il conseguimento di comuni obiettivi di benessere; l'integrazione comunitaria, intesa come combinazione tra le politiche generali che incidono sulla qualità della vita a partire da quelle sociali e sanitarie e per la non autosufficienza, dell'istruzione fino a quelle ambientali, per la mobilità, per l'urbanistica e la casa e la formazione e il lavoro; l'integrazione gestionale delle risorse umane e materiali che si colloca fra ed entro i diversi servizi, individuando configurazioni organizzative e meccanismi di coordinamento tra attività sanitarie, a rilievo sociale e sanitario, tali da garantire l'efficace svolgimento delle attività, dei processi e delle prestazioni; infine l'integrazione professionale, che richiama la necessità dell'adozione di linee guida per orientare e migliorare il lavoro interprofessionale nella produzione di servizi.

Questa nuova stagione della programmazione intende affermare una idea di welfare di comunità per il benessere dei cittadini, basato su una forte presenza di garanzia del "pubblico" e, contemporaneamente, su processi decisionali, programmatore ed attuativi di servizi ed interventi sociali e sanitari, fortemente partecipati dalle organizzazioni della società civile, del terzo settore e dalle stesse persone e famiglie che esprimono esigenze di sostegno e cura.

La promozione del benessere, anche a fronte dei cambiamenti socio demografici e culturali nonché dei nuovi mutati bisogni, richiede interventi capaci di coinvolgere e mobilitare risorse diverse (pubbliche, del terzo settore, della solidarietà spontanea e non organizzativa, private ecc) ricercando l'integrazione delle politiche sociali con le politiche sanitarie e, allo stesso tempo, di queste con le politiche ambientali, urbanistiche abitative, formative, occupazionali e culturali.

Il nuovo strumento espressione di questa programmazione integrata è rappresentata dal Piano di zona distrettuale triennale per la salute e per il benessere sociale, di durata triennale, che sostituisce il Piano sociale di zona rafforzandone il raccordo con il Piano per la Salute, assumendo gli indirizzi strategici della programmazione e le scelte di priorità; nonché il Programma Attuativo Annuale che costituisce la declinazione annuale del Piano di zona distrettuale per la salute e il benessere sociale² ne specifica gli interventi di livello distrettuale in area sociale, sociosanitaria, compreso il Piano annuale delle attività per la non autosufficienza, individua le specifiche risorse che Comune, Ausl/Distretto, Provincia e Regione impegnano per l'attuazione degli interventi, approva progetti o programmi specifici d'integrazione con le politiche educative, della formazione e lavoro, della casa, dell'ambiente, della mobilità.

Il Piano triennale costituisce quindi lo strumento unitario della programmazione sociale, sociosanitaria, sanitaria territoriale, e privilegia in un'ottica di progressiva gradualità, l'integrazione sociosanitaria come area di programmazione congiunta e condivisa fra Comune e Ausl, costruendo un documento unico che contiene le scelte strategiche in area sociale sociosanitaria e sanitaria. Saranno pertanto fornite all'interno del presente documento triennale distrettuale già alcuni orientamenti generali sull'area sanitaria, riferita ai servizi territoriali.

Il presente Piano indica le priorità strategiche trasversali, di sistema e riferibili a tutta la comunità e, utilizzando l'approccio già consolidato per target, quelle riferite a particolari segmenti della popolazione: famiglie, infanzia e adolescenza, giovani, anziani, persone con disabilità, immigrati stranieri, adulti in stato di povertà ed esclusione sociale, disagio psichico e dipendenze patologiche.

Tali target costituiscono il riferimento anche per la declinazione degli obiettivi strategici nell'area dell'integrazione sociosanitaria e dove possibile per l'area sanitaria nonché la base per il Programma attuativo annuale 2009.

¹ Delibera di Giunta Regionale n 175/2008 del 22 maggio 2008 "Piano Sociale Sanitario 2008_2010

² Sostituendo gli strumenti attualmente utilizzati (e cioè il programma attuativo del piano sociale di zona, il Programma delle attività territoriali (PAT) del Distretto, il Patto per il Piano per la salute)

1.1 Gli attori e il percorso di costruzione

Il processo di costruzione del Piano del Benessere ha preso avvio dalle indicazioni quadro fornite sia dal primo Piano Sociale e Sanitario e dalle successive linee guida regionali³ di applicazione che dall'Atto di Indirizzo⁴ attraverso il quale la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (CTSS) ha individuato, in base ad una lettura del bisogno integrata sociale e sanitaria (profilo di comunità), gli indirizzi di programmazione omogenei a livello provinciale.

Per il Distretto di Bologna la nuova programmazione triennale si inquadra quindi in uno scenario che presenta due grosse differenze rispetto al processo di programmazione precedente e che vede, da un lato, l'impegnativo lavoro svolto a livello regionale e provinciale che ha portato alla realizzazione di una ricca documentazione a monte cui i Distretti possono fare riferimento e, dall'altro, il completamento delle deleghe ai Quartieri, realizzatosi nel 2008, in ambito di servizi sociali ed educativi e dall'altro.

Queste premesse hanno portato il Comitato di Distretto⁵ a definire, nel settembre scorso, una nuova metodologia per la costruzione del Piano che non vede, come nel percorso del Piano di Zona triennale precedente, la definizione di un piano di programmazione centrale, poi integrato dai quartieri, ma segue un processo di costruzione inverso, che parte dai territori per poi addivenire ad una sintesi centrale del Piano del Benessere distrettuale.

Di conseguenza sono stati ridefiniti ruoli e luoghi degli strumenti di partecipazione con tutti i soggetti del Terzo settore coinvolti, in quanto i tavoli di confronto con tutte le realtà territoriali (associazioni, cooperative, cittadini etc.) si sono realizzate nei Quartieri.

A livello centrale è stato mantenuto un confronto con le principali rappresentanze istituzionali e del privato sociale nel Tavolo cittadino del Welfare e con il tavolo di concertazione con le OO. SS.

Sono poi stati istituiti nuovi tavoli di coordinamento tecnico, bracci operativi dell'ufficio di piano specializzati per tematica (adulti, Disabili, Anziani, Famiglie e minori) e costituiti dai tecnici esperti per ambito dei diversi Enti pubblici coinvolti (Comune, Ausl, ASP, Carcere) che hanno svolto sia una funzione di supporto tecnico all'istruttoria che si è realizzata nei quartieri e negli altri tavoli centrali, sia la funzione di elaborazione delle strategie da adottare a livello distrettuale sui temi per i quali è fondamentale avere una progettualità sistematica, linee guida cittadine e che prevedono una forte integrazione, in primis, in ambito sociale e sanitario, ma più in generale, su tutte le politiche che impattano sul benessere delle persone nel territorio.

I Tavoli di coordinamento tecnico hanno un ruolo strategico non soltanto legato alla realizzazione del Piano del Benessere, in quanto sono il luogo permanente dell'integrazione tra le professionalità tecniche specialistiche dei diversi ambiti (anziani, minori, adulti, disabili) e dei diversi Enti per la programmazione e monitoraggio della realizzazione degli interventi in ambito sociosanitario ed educativo.

Al fine di dar maggior continuità ai Tavoli di Coordinamento tecnico per lo svolgimento delle funzioni suddette, è stato nominato per ogni gruppo un componente con funzioni di supporto organizzativo e raccordo con gli uffici tecnici di supporto all'Ufficio di Piano (personale del Settore Coordinamento Sociale e Salute del Comune di Bologna).

La nuova procedura adottata per la costruzione del Piano prevede, inoltre, una sempre maggiore integrazione tra i diversi strumenti di programmazione degli enti coinvolti con la programmazione triennale del Piano del Benessere. Anche se per quest'anno non è stato possibile far coincidere appieno l'approvazione degli strumenti programmatici del Comune (in particolare approvazione BdG conclusosi entro dicembre 2008) con l'approvazione del Piano del Benessere (governo della RER con tempi più lunghi febbraio-marzo 2009), tuttavia, si è voluto dare un segnale dell'avvio della nuova modalità processuale, attraverso una contestuale approvazione in Giunta, il 25 novembre scorso, dello schema di BdG, degli indirizzi per la costruzione dei Piani obiettivi dei Quartieri e delle "Prime indicazione per la costruzione degli indirizzi per il piano del benessere triennale".

Il documento "Prime indicazione per la costruzione degli indirizzi per il piano del benessere triennale", realizzato con il supporto tecnico dell'Ufficio di Piano, contenente una parte introduttiva, di metodo, ed una relativa ai macro obiettivi trasversali e per target da perseguire nel triennio, sintesi delle indicazioni fornite a livello regionale e provinciale nell'ultimo anno (Piano Sociale e Sanitario regionale, Atto di Indirizzo della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, successive deliberazioni regionali applicative del PSS etc.) e calate

³ Delibera della Giunta Regionale n.1682/2008 del 20 ottobre 2008 "Prima attuazione del PSSR 2008-2010: approvazione delle procedure per la programmazione di ambito distrettuale 2009-2011, linee guida per la partecipazione del terzo settore, del programma di accompagnamento e formazione". Tali linee sono state l'esito di un gruppo di lavoro istituito a livello regionale che ha visto coinvolti i tecnici dei diversi servizi competenti all'interno della Direzione generale Sanità e politiche sociali della Regione e, con una funzione di co-progettazione e confronto, i tecnici di diversi Comuni, Ausl e Province del territorio

⁴ Il documento è frutto di un lavoro fortemente integrato e partecipato tra ufficio di supporto tecnico alla Cts di Bologna, Provincia di Bologna, Ausl di Bologna, Ausl di Imola, Comune di Bologna, Uffici di piano, Distretti sanitari. Il documento, nelle sue diverse stesure, è stato periodicamente condiviso e integrato con gli apporti dell'Ufficio di presidenza della CTSS, della Giunta del circondario Imolese e dello Staff tecnico permanente. Si è inoltre realizzato nel corso di tutto il processo un confronto diretto con i direttori sanitari delle Aziende Ospedaliere e della Ausl di Bologna e con i direttori di distretto, nonché un proficuo confronto con le organizzazioni Sindacali, le organizzazioni di volontariato e il terzo settore al fine di condividere l'impostazione ed i contenuti specifici del documento.

⁵ Approvata nella seduta del Comitato di Distretto dl 25 settembre 2008 (vedi verbale della seduta)

nella peculiarità del Distretto di Bologna ha fornito le “indicazioni cornice” per il confronto che si è realizzato negli incontri organizzati nei Quartieri con tutti i soggetti del territorio coinvolti nella realizzazione degli interventi, nei tavoli di confronto centrali (Consulte, Organizzazioni sindacali e Tavolo Welfare) e nei Tavoli di Coordinamento tecnico.

Il confronto è continuato con un ritmo di lavoro serrato fino alla fine di febbraio quando i contributi sono stati poi forniti all’Ufficio di Piano che, nel mese di marzo, ha portato a sintesi le indicazioni emerse nei diversi tavoli di lavoro in un unico Piano del Benessere 2009-2011, contenente gli indirizzi strategici per il Distretto di Bologna.

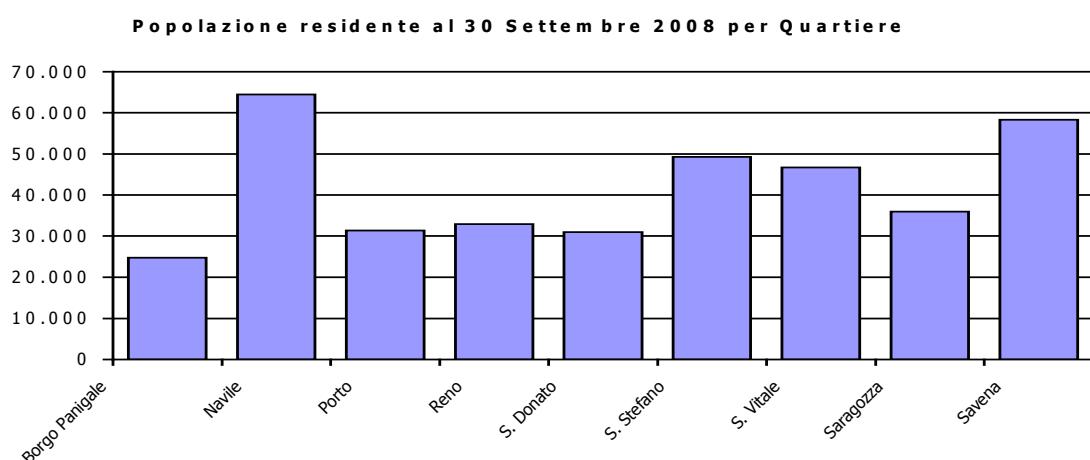
La prima bozza del Piano unico cittadino è stato poi sottoposto all’attenzione del Comitato di Distretto e di tutti i soggetti che hanno preso parte alla costruzione, al fine di recepire le eventuali integrazioni e modifiche prima di essere stato sottoposto all’approvazione formale degli Organi Comunali e di tutti i soggetti coinvolti tramite la sottoscrizione dell’Accordo di Programma.

1.2. Il profilo di comunità del Distretto di Bologna: i bisogni emergenti della popolazione

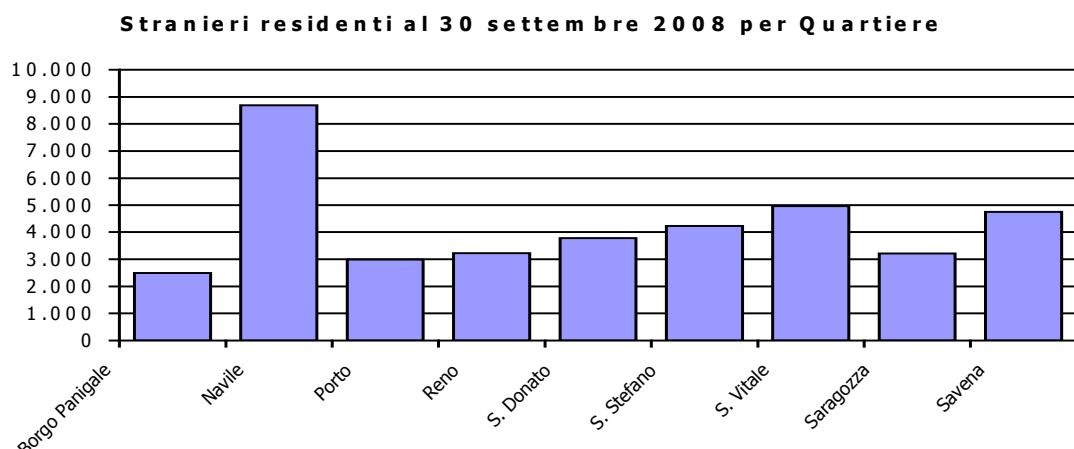
1.2.1 Quadro demografico

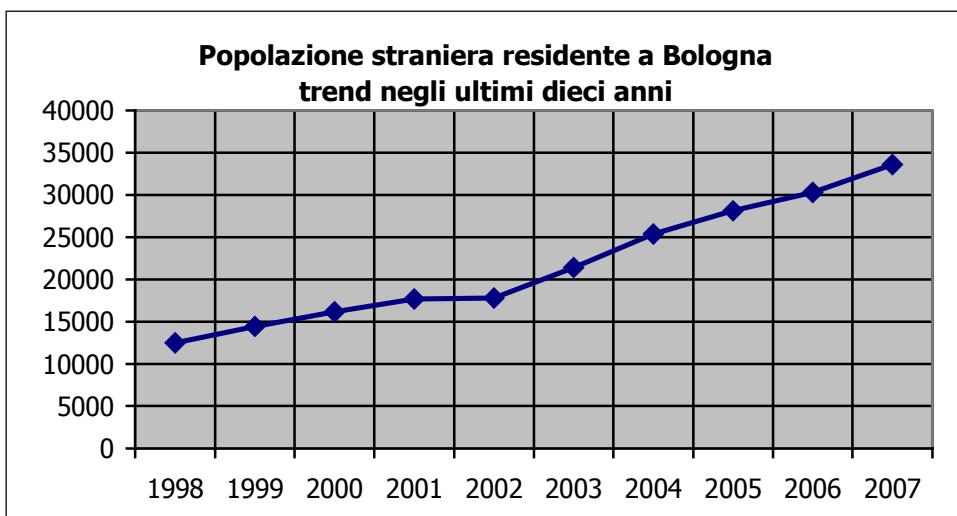
1.2.2 La popolazione residente e gli stranieri

La popolazione residente è in lieve aumento: a fine dicembre 2008 a Bologna risiedevano 374.944 persone. Se si opera un confronto rispetto all'analoga data del 2007, l'incremento è di 2.688 abitanti. Tutti i quartieri mostrano un saldo positivo la crescita più rilevante rispetto all'anno precedente si registra a Reno (+1,5%), seguito da Navile con (+1,2%) e Borgo Panigale (1,1%). Il Centro storico chiude l'anno con 91 abitanti in più (0,2%) e una popolazione residente che sfiora le 53.250 unità, confermando la tendenza alla sostanziale stabilità demografica degli ultimi anni



Crescono gli stranieri residenti: una parte considerevole della popolazione residente è ormai costituita da stranieri stabilitisi in modo non transitorio nella nostra città. Al 31 dicembre 2008 erano iscritti all'anagrafe 39.480 stranieri quasi 5.900 unità in più rispetto all'anno precedente (+17,5%). Navile è il quartiere dove si registra un numero maggiore di stranieri seguito dai quartieri San Vitale e Savena .
La popolazione straniera residente si conferma inoltre una campagine demografica molto giovane se si pensa che ben il 79,1% degli stranieri ha meno di 45 anni.

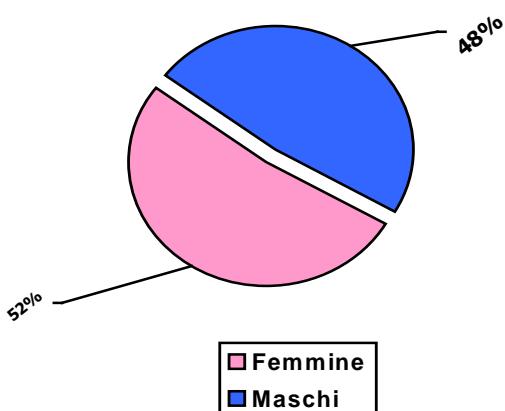




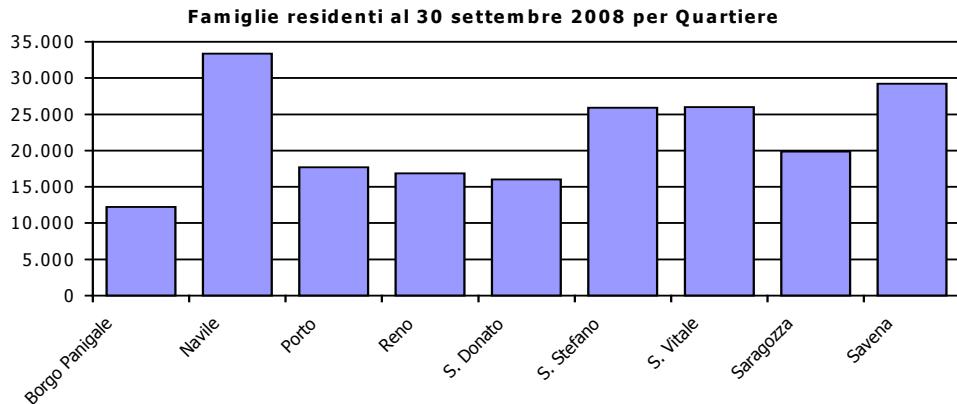
Una parte considerevole della popolazione residente è ormai costituita da stranieri stabilitisi in modo non transitorio nella nostra città. Al 31 dicembre 2008 erano iscritti in anagrafe 39.480 stranieri, il 10,5% dell'intera popolazione. Mentre inizialmente il fenomeno delle migrazioni riguardava quasi esclusivamente uomini e donne alla ricerca di un'occupazione e dunque prevalentemente soli e appartenenti alle fasce di età lavorativa, negli anni successivi molte famiglie si sono ricongiunte o si sono formate nel nostro territorio, facendo sì che un notevole numero di bambini stranieri, immigrati in giovane età o nati a Bologna, accedesse al nostro sistema educativo. Tale fenomeno si è associato ad una ripresa della fecondità, verificatasi da almeno un decennio, che ha interessato anche le donne italiane.

Le donne sono la maggioranza (20.479 contro 19.001 uomini), anche se notevoli differenze si riscontrano ancora tra le varie nazionalità, con una spiccata prevalenza femminile tra quelle dell'Europa orientale e maschile tra i cittadini del medio e estremo Oriente, nonché dell'Africa centro Settentrionale. A fine di dicembre le nazionalità più rappresentate sono la Romania con 5.047 residenti e le Filippine (4.068 unità). Seguono in graduatoria il Bangladesh (3.477), il Marocco (3.014) e l'Albania (2.302 unità). La Moldova scala due posizioni e raggiunge quota 2.220 abitanti mentre scende al settimo posto la Cina (2.198 residenti), precedendo l'Ucraina (2.175 residenti). Chiudono la "top ten" il Pakistan e lo Sri Lanka.

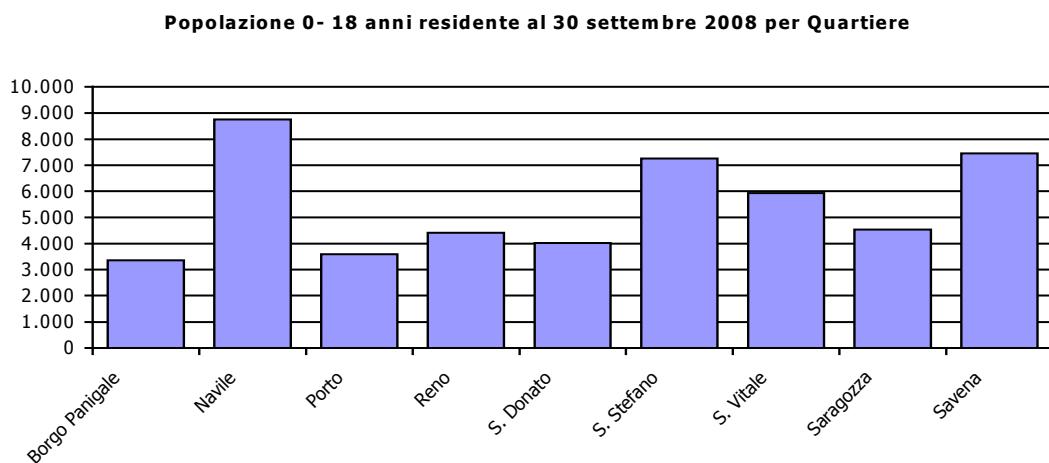
Composizione dei residenti stranieri per genere anno 2007



1.2.3 Le Famiglie e i minori



Continua ad aumentare il numero dei nuclei familiari di residenti: al 31 dicembre 2008 ben 197.808 unità, con un incremento annuo di 3.100 nuclei (+1,6%). Tra le famiglie anagrafiche, i nuclei unipersonali sono di gran lunga i più numerosi risultano composti da un individuo quasi una famiglia su due. Tuttavia le risultanze anagrafiche tendono talvolta a mascherare l'effettiva situazione familiare, in particolare per quei segmenti della popolazione in cui la presenza di famiglie unipersonali e di coabitazione, anche fittizie, può risultare significativa.



La popolazione minore residente è complessivamente in aumento, ma incrementa in misura significativa il numero dei bambini in età inferiore ai 5 anni, dunque quelli interessati alla frequenza dei servizi prescolari e della scuola primaria.

L'incremento del numero dei nati avvenuto negli ultimi anni, unitamente alla sempre maggiore presenza di bambini stranieri, ha avuto immediate ripercussioni sulle utenze potenziali dei vari servizi pre-scolastici e scolastici.

La classe 0-2 anni, che esprime gli utenti potenziali del servizio dei nidi d'infanzia, è cresciuta negli ultimi quattro anni di 312 unità (+3,8%); in questo caso però segnaliamo nel 2007 un leggero calo rispetto al valore toccato nel 2006.

Anni	POPOLAZIONE RESIDENTE GIOVANILE PER CLASSI DI ETÀ AL 31 DICEMBRE DI OGNI ANNO					
	Classi di età					Totale 0-18
0-2	3-5	6-10	11-13	14-18		
2007	8.618	8.186	12.731	7.154	11.858	48.547
2006	8.637	7.995	12.611	6.940	11.763	47.946
2005	8.493	8.122	12.305	6.949	11.518	47.387
2004	8.490	7.956	11.990	6.982	11.174	46.592
2003	8.306	7.731	11.820	6.916	10.948	45.721

In crescita risulta anche il contingente dei bambini da 3 a 5 anni (+455 unità, pari a +5,9%). In aumento nel quadriennio risulta anche il numero dei bambini tra i 6 e i 10 anni (+911; +7,7%) e quello tra gli 11 e 13 anni. Si segnala infine che, dopo anni di calo, dal 2001 ha ripreso a crescere il numero dei ragazzi tra i 14 e i 18 anni, nell'ultimo quadriennio aumentato di ben 910 unità (+8,3%).

Come abbiamo anticipato, buona parte di questo incremento è dovuto alla percentuale di stranieri presenti tra i bambini potenzialmente frequentanti un nido o una scuola. Come mostra la tavola seguente, il loro numero è infatti in aumento in ciascuna delle fasce di età corrispondenti ai diversi livelli educativi. Tra i bimbi con meno di tre anni il 18% è costituito da stranieri e sono stranieri il 15% dei bimbi da 3 a 5 anni, il 14% di quelli da 6 a 10, il 12% di quelli da 11 a 13 e l'11% dei ragazzi da 14 a 18.

Anni	POPOLAZIONE RESIDENTE GIOVANILE STRANIERA PER CLASSI DI ETÀ AL 31 DICEMBRE DI OGNI ANNO					
	Classi di età					Totale 0-18
0-2	3-5	6-10	11-13	14-18		
2007	1.556	1.263	1.748	850	1.335	6.752
2006	1.381	1.165	1.528	750	1.228	6.052
2005	1.262	1.122	1.373	672	1.189	5.618
2004	1.168	988	1.204	575	1.021	4.956
2003	1.069	837	1.042	507	853	4.308

STRANIERI FINO A 18 ANNI RESIDENTI AL 31 DICEMBRE 2007 LE PRIME 10 NAZIONALITÀ		
Ordine	Cittadinanza	Nº stranieri residenti
1	Filippine	880
2	Marocco	763
3	Bangladesh	743
4	Cina	711
5	Romania	464
6	Ex Serbia-Montenegro	427
7	Albania	392
8	Tunisia	264
9	Pakistan	241
10	Sri Lanka	238

Quanto alle nazionalità di provenienza, al 31 dicembre 2007 per i minori fino a 18 anni le Filippine sono al primo posto, seguite da Marocco e Bangladesh; la Cina è quarta e la Romania figura al quinto posto in graduatoria. Se consideriamo la presenza straniera nel suo complesso (qualunque ne sia l'età), invece, la Romania è balzata, già dai primi mesi del 2008, al primo posto seguita da Filippine, Bangladesh e Marocco.

L'utenza potenziale prevista

Secondo l'ipotesi intermedia delle previsioni demografiche elaborate dal Settore Programmazione, Controlli e Statistica, l'utenza potenziale dei nidi d'infanzia (0-2 anni) attualmente di poco inferiore a 8.800 unità, dovrebbe continuare a crescere ancora il prossimo anno, per poi iniziare a diminuire leggermente. Continuerà ad aumentare invece con ogni probabilità il numero degli utenti potenziali delle scuole dell'infanzia (3-5 anni): dagli attuali 8.208 bambini in età da 3 a 5 anni si passerebbe alla fine del 2011 a 8.721 (513 in più pari a +6,3%).

Alla luce delle più recenti tendenze del movimento migratorio i dati delle previsioni demografiche riferiti a queste due classi di età appaiono però leggermente sovrastimati. Per questo motivo nei documenti di programmazione relativi ai nidi e alle scuole dell'infanzia la previsione riferita al 31.12.2009 è stata lievemente abbassata, portando il numero dei bambini in età 0-2 anni a 8.820 unità e quelli da 3 a 5 anni a 8.350.

In aumento anche la classe 6-10 anni (+4% in tre anni), che porterebbe sui banchi delle elementari 523 bambini in più. Anche superiore l'incremento del numero di ragazzi tra gli 11 e i 13 anni (+6,4% al 2011), che nei prossimi tre anni aumenterebbero di 464 unità. Si confermerebbe infine l'aumento del numero di ragazzi tra 14 e 18 anni, che supereranno alla fine del 2011 quota 12.400 (+397 unità; +3,3%).

POPOLAZIONE RESIDENTE PREVISTA PER CLASSI DI ETÀ				
Classi di età	31.12.2008 (dato reale)	31.12.2009	31.12.2010	31.12.2011
0-2	8.802	8.899	8.814	8.713
3-5	8.208	8.532	8.575	8.721
6-10	13.095	13.237	13.499	13.528
11-13	7.381	7.490	7.566	7.763
14-18	12.062	12.044	12.237	12.411
Totale 0-18 anni	49.548	50.202	50.691	51.136

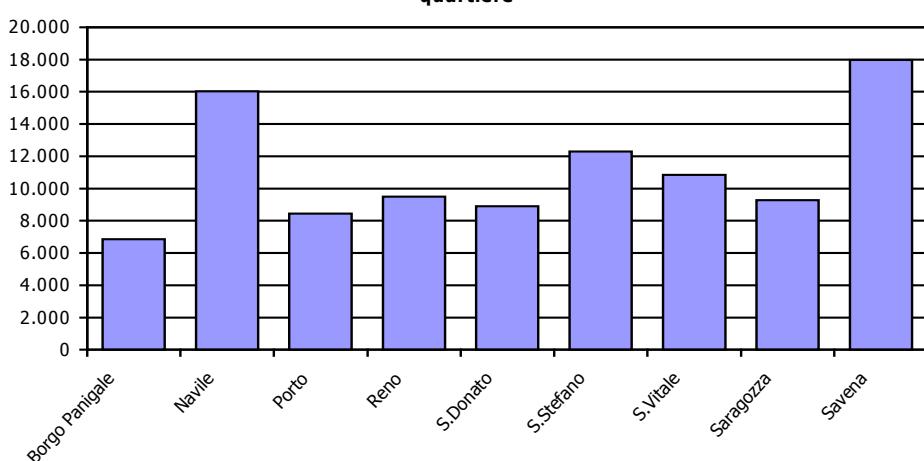
Questi andamenti sono influenzati, come abbiamo già detto, in maniera più o meno rapida a seconda delle classi di età, dall'evoluzione del numero dei nati. Le previsioni relative a questo aggregato indicano per i prossimi anni lievissimi cali, che probabilmente si accentueranno nel medio periodo. Infatti, per quanto si preveda ancora un ulteriore aumento del tasso di fecondità, nel corso dei prossimi anni si assisterà ad una sensibile diminuzione del numero di donne in età feconda, ed in particolare di quelle tra i 25 ed i 40 anni, con conseguenti evidenti ripercussioni sul numero assoluto delle nascite.

1.2.4 La popolazione anziana

La popolazione anziana dopo una progressiva crescita, negli ultimi anni si è mantenuta costante sulle 100.000 e rappresenta in ogni modo una quota rilevante, il 26% , della popolazione residente. Tuttavia è opportuno disaggregare questo contingente al fine di evidenziare la componente che esprime la maggiore esigenza di servizi socio-assistenziali, vale a dire quella degli ultraottantenni. Mentre appare in diminuzione il numero di anziani in età da 65 a 79 anni si evidenzia un continuo e sostenuto incremento del numero dei grandi anziani (80 e più), che al 31 dicembre 2008 raggiungono le 33.414 unità (con un peso relativo sul totale della popolazione dell'8,9%) e sono costituiti per oltre i due terzi da donne.

Su questo andamento ha inciso positivamente il processo di allungamento della vita media, che ha toccato nella nostra città livelli straordinariamente elevati, pari a 78,7 anni per gli uomini e 83,5 per le donne.

Popolazione da 65 anni e oltre residenti al 30 settembre 2008 per quartiere



L'evoluzione della popolazione anziana

Sempre secondo l'ipotesi intermedia delle previsioni demografiche elaborate dal Settore Programmazione, Controlli e Statistica, l'aumento del numero di anziani, che ha subito un notevole rallentamento nel periodo più recente, potrebbe lasciare il posto ad una lieve riduzione, che già alla fine del 2009 riporterebbe gli ultrasessantaquattrenni sotto la soglia delle 100.000 unità. Questo andamento è determinato dal calo previsto della classe 65-79 anni (-2.349 anziani tra il 2008 e il 2011 pari a -3,5%); parallelamente si confermerebbe la crescita dei "grandi anziani", che sarebbero 1.821 in più (+5,5% nei prossimi tre anni) e rappresenterebbero il 9,4% del totale dei residenti.

POPOLAZIONE RESIDENTE ANZIANA PREVISTA PER CLASSI DI ETÀ				
Classi di età	31.12.2008 (dato reale)	31.12.2009	31.12.2010	31.12.2011
65-79 anni	66.567	65.709	64.062	64.441
80 anni e oltre	33.414	34.168	34.831	35.212
Totale anziani	99.981	99.877	98.893	99.653

1.3 L'offerta di servizi sociali, socio sanitari e educativi

1.3.1. Servizi per Minori e Famiglie

L'insieme degli interventi di promozione della salute e tutela per l'infanzia ed adolescenza si fonda sulla costruzione e predisposizione delle azioni e degli strumenti per l'integrazione tra le politiche e gli interventi sociali, abitativi, sanitari, educativi e del lavoro, mediante l'articolazione di attività orientate alla informazione, all'ascolto e alla valutazione sociale, alla prevenzione del disagio e alla tutela della salute rivolte alla generalità dei bambini e degli adolescenti, attività a supporto delle responsabilità familiari e genitoriali ed infine attività socio-educative e socio-sanitarie nel caso di conclamata necessità di intervento, sempre nella prospettiva del supporto alle competenze genitoriali presenti.

All'interno di tale sistema di interventi e di servizi si collocano le principali attività specificamente orientate alla tutela dei diritti dei minori nelle situazioni in cui il progetto di vita familiare e/o le responsabilità familiari non siano riuscite a garantire adeguate condizioni di vita, di crescita e di sviluppo complessivo dei minori.

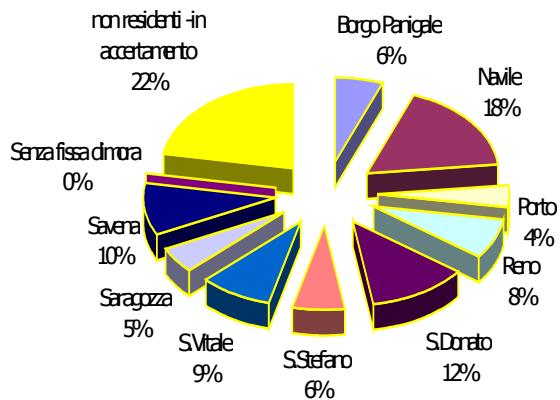
Nei casi in cui le difficoltà familiari lo richiedono si procede all'allontanamento temporaneo del minore e alla sua accoglienza in affidamento familiare o in comunità, anche a causa di situazioni di emergenza che ne richiedano una immediata tutela (art. 403 c.c.).

Minori assistiti per fasce d'età e articolazione territoriale					
Quartiere/Zona	Classi di età				Totale
	0-5	6-13	14-17	18 e oltre	
Borgo Panigale	66	135	52	16	269
Navile	255	359	146	59	819
Porto	43	87	47	13	190
Reno	82	179	70	26	357
San Donato	143	275	112	46	576
Santo Stefano	73	118	55	41	287
San Vitale	99	199	83	34	415
Saragozza	65	91	50	24	230
Savona	126	189	103	46	464
senza fissa dimora	1	2	-	-	3
non residenti ⁶	301	329	273	129	1.032
Totale	1254	1963	991	434	4.642

I minori assistiti complessivamente sul territorio bolognese sono 4.642 con una prevalenza, del genere maschile (54,2). Il numero complessivo comprende anche i neomaggiorenni, già in carico al servizio come minori per i quali è stata valutato opportuno il proseguimento oltre il 18° anno per completare il percorso di autonomia.

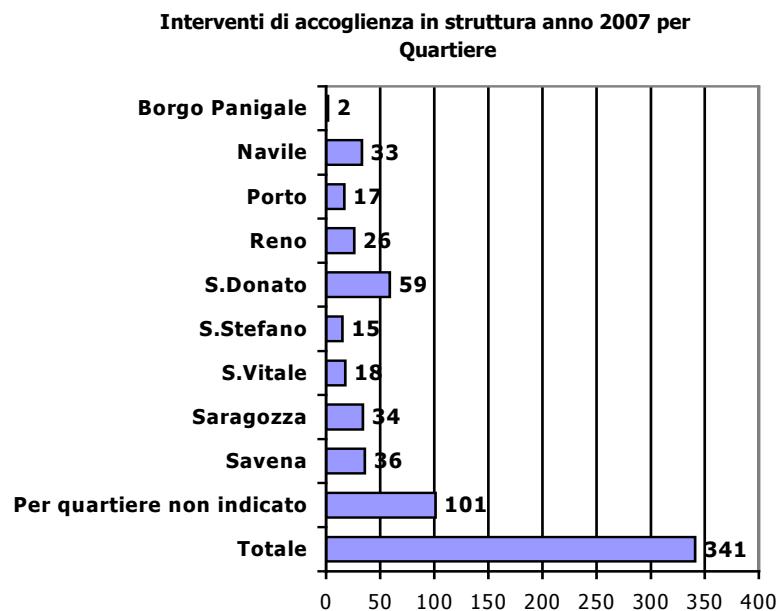
La distribuzione territoriale dei minori assistiti evidenzia che le maggiori concentrazioni riguardano zone ad alta densità abitativa dove sono presenti insediamenti di edilizia popolare. Il dato risulta confermato sia analizzando l'intera fascia 0-18 sia restringendo il campo alla fascia 14-17.

Minor assistiti nell'anno 2007 per quartiere



⁶ compresi i minori non accompagnati) o in fase di accertamento anagrafico

Le Comunità per accoglienza residenziale e semiresidenziale sono strutture di ospitalità che integrano o sostituiscono temporaneamente la casa e la famiglia, offrendo al bambino e all'adolescente uno spazio di vita in cui elaborare un progetto per il futuro con il supporto di figure adulte specializzate, capaci di intervenire con azioni di cura e recupero e nelle funzioni familiari momentaneamente compromesse. L'accoglienza residenziale rappresenta sicuramente il più oneroso tra gli interventi previsti. Spesso viene attuato in condizioni di obbligatorietà poiché nella maggior parte dei casi sussiste un provvedimento dell'Autorità Giudiziaria che lo dispone. Una recente direttiva regionale (846/2007) si è posta il problema di quali condizioni garantire affinché gli interventi di accoglienza possano trovare la loro massima efficacia, intervenendo sul contenimento dei tempi.

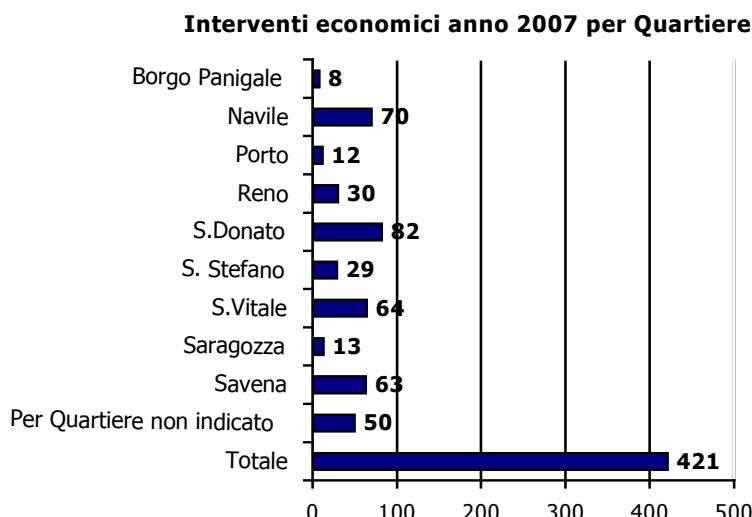


CAPIENZA DELLE STRUTTURE PER MINORI NON ACCOMPAGNATI E VITTIME DELLA TRATTA	
Strutture	N° posti
Comunità di Pronta Accoglienza Maschile Il Ponte	12
Comunità di pronta accoglienza Femminile La Ginestra	8
Seconda accoglienza maschile	24
Seconda accoglienza maschile, rette	10
Pre-autonomia maschile pensionati	20
Seconda accoglienza femminile posti a retta o nelle comunità educative in convenzione	9
Totale	83

La presenza di minori stranieri non accompagnati si rileva in modo significativo nella nostra città da anni, con un trend di crescita iniziale che trova assestamento da almeno 5 anni. La serie storica di minori transitati dalle strutture di Pronta Accoglienza ne attesta un flusso di circa 500 con un picco di presenze significativo nell'anno 2006, che ha preceduto l'entrata nella Unione Europea della Romania e ha visto quindi un intensificarsi degli arrivi proprio da quel paese. L'intervento a loro favore ha carattere di obbligatorietà. Si tratta di minori che giungono in Italia attraverso vie clandestine, spesso sostenuti da un mandato familiare che li vuole produttori di rimesse economiche o teste di ponte per altri parenti che seguiranno. Non raramente sul territorio nazionale sono presenti punti di riferimento familiari o amicali, che però non vengono rivelati dai ragazzi se non attraverso l'instaurarsi di un rapporto fiduciario. In diversi casi non si tratta di rapporti che possano risultare protettivi per i minori, in alcuni casi anzi sono fonte di maggior esposizione a situazioni ai margini della legalità. Gli interventi prestati in questi anni hanno collocato il Comune di Bologna tra i più attivi e riconosciuti a livello nazionale, e si è dimostrata la capacità di fronteggiare flussi analoghi a quelli di città più vaste con impiego di risorse decisamente più contenuto, anche se ingente.

PRESENZE MINORI PRONTA ACCOGLIENZA 1 GENNAIO 2007 AL 31 DICEMBRE 2007			
Flussi		Presenze effettive	
		Total	
Totale	581	Total	358
Maschi	302	Maschi	217
Femmine	279	Femmine	141
Di cui minori non accompagnate	263	Di cui minori non accompagnate	125
Di cui madri con bambini	16	Di cui madri con bambini	16

Vi sono due tipologie di sostegni economici alle famiglie: il contributo economico continuativo finalizzato ad aiutare le famiglie con reddito significativamente insufficiente ad assolvere i compiti di mantenimento, cura, educazione dei minori presenti nel nucleo; il sussidio una tantum che è erogato per aiutare i nuclei familiari, costretti a far fronte a spese eccezionali e/o contingenti documentabili o altri eventi tali da poter incidere a modificare negativamente l'equilibrio del ménage familiare.



1.3.2 I servizi educativi e scolastici

POSTI OFFERTI NEI SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA

Tipologia servizio	N° Posti offerti		Δ 2008-09/2007-2008
	Consuntivo 2007-08	Apertura 2008-09	
Nidi comunitari a tempo pieno	2.259	2.270	11
Nidi convenzionati, in concessione di costruzione e gestione a tempo pieno	506	620	114
Nidi convenzionati a tempo parziale	-	10	10
Nidi comunitari a tempo parziale	341	323	-18
<i>Di cui spazi bambino (affido 2 giorni alla settimana)</i>	38	38	-
Centri per bambini e genitori	245	245	-
Sezioni primavera private	148	159	11
Sezioni primavera comunitari	20	20	-
Educatrici familiari (Nido Casa)	12	5	-7
Educatrici domiciliari (piccoli gruppi educativi)	35	35	-
TOTALE	3.566	3.687	121

Anche nel periodo più recente si conferma il trend di crescita della popolazione in età compresa tra 0 e 2 anni (+5,7% tra il 31.12.2003 e il 30.09.2008) e l'aumento della propensione alla richiesta del nido d'infanzia da parte delle famiglie, pur in un quadro complessivo di crescente aumento di posti e di richiesta di servizi con affido alternativo al nido (sezioni primavera, piccoli gruppi educativi) e/o di opportunità a sostegno della maternità e paternità (contributi vari a sostegno della conciliazione tra tempi di lavoro e di cura, contributi a parziale copertura del costo dei servizi privati).

In risposta, si registra un progressivo incremento del tasso di copertura complessivo della domanda potenziale che si attesta su valori tra il 46 e il 47% tra il 2007/2008 e il 2008/2009, anche grazie all'incremento di posti nido comunitari in concessione e di posti in nidi privati in convenzione.

Rispetto al 2007/2008, nei nidi comunitari a gestione diretta si registra sul 2008/2009 un incremento di 11 posti a tempo pieno ed un decremento di 18 posti a tempo parziale (si rimanda alla tavola "Servizi e opportunità per la prima infanzia" allegata al presente documento per il dettaglio sull'ubicazione dei posti).

E' significativo l'incremento di 34 posti rivolti ai piccoli (3-11 mesi), realizzato prevalentemente grazie all'incremento di 15 posti al nido Turrini e alla conversione di posti che nel 2007/2008 erano rivolti a medi/grandi (12-36 mesi); questa operazione ha riguardato i nidi Cavina (Porto), Spartaco (S. Vitale), Carli e Pezzoli (Savena).

EROGAZIONI ECONOMICHE ALLE FAMIGLIE A SOSTEGNO DELLA PRIMA INFANZIA

Tipologia contributo	N° Beneficiari contributi		Δ 2008-09/2007-2008
	Consuntivo 2007-08	Apertura 2008-09	
Contributi per iscritti ai nidi privati autorizzati	6	13	7
Contributi per iscritti a piccoli gruppi educativi	5	8	3
Contributi per iscritti a sezioni primavera	8	12	4
Contributi alle famiglie per baby sitter (Tata Bologna)	1	3	2
Assegni In Famiglia a Tempo Pieno e parziale (su anno solare 2007 e previsione 2008) Zerododici	401	400	-1
TOTALE	421	436	15

SISTEMA CITTADINO INTEGRATO DELLE SCUOLE DELL'INFANZIA

Tipologia Scuola dell'infanzia	N° sezioni attivate		□ 2008-09/2007-2008	N° iscritti		□ 2008-09/2007-2008
	Consuntivo 2007-08	Apertura 2008-09		Consuntivo 2007-08	Apertura 2008-09 (dato provvisorio al 15/10/08)	
Scuole comunali	204	205	1	4.990	5.092	102
Scuole statali	58	58	-	1.332	1.388	56
Scuole Private convenzionate	72	72	-	1.676	1.780	104
TOTALE	334	335	1	7.998	8.260	262

Per quanto riguarda le variazioni dell'offerta di servizio nel sistema integrato di scuola dell'infanzia, si registra nell'a.s. 2008/09 rispetto all'a.s. 2007/08 l'incremento di 1 sezione nel comparto pubblico (sezione scuola Pedrielli Quartiere Reno).

L'amministrazione scolastica statale inoltre ha finalmente provveduto a garantire per a.s. 2008/09 il completamento dell'organico nelle sezioni statali precedentemente funzionanti a orario ridotto (8 sezioni in scuole dei Quartieri Navile, Reno, S. Donato, S. Vitale, S. Stefano), sulle quali cessa quindi l'intervento sussidiario del Comune a partire dal corrente anno scolastico.

EROGAZIONI ECONOMICHE NELL'AMBITO DEL DIRITTO ALLO STUDIO

Tipologia contributo	N° Beneficiari contributi	
	Consuntivo 2007-08	Apertura ⁷ 2008-09
Contributi libri di testo scuole primarie	13.719	13.800
Contributi libri di testo scuole secondarie di primo grado	945	1.000
Contributi libri di testo scuole secondarie di secondo grado	818	850
TOTALE	15.482	15.650

L'introduzione dell'ISEE nel sistema tariffario dei servizi integrativi nell'ambito del diritto allo studio a partire dall'a.s. 2008/2009 e al servizio Estate in Città a partire dal 2009 è stata l'occasione per avviare un riordino delle procedure relative alla presentazione dell'ISEE, in una ottica di razionalizzazione e semplificazione, sia per i cittadini che per gli uffici di quartiere coinvolti.

Partendo dall'esame della normativa e da una ricognizione delle procedure in essere, dopo un'analisi approfondita della materia, sia con i Quartieri, sia con altri Settori comunali coinvolti, si è giunti alla stesura di un protocollo operativo contenente le regole di applicazione della certificazione ISEE presentata ai vari servizi.

Tenuto conto che la certificazione ISEE è riferita al nucleo familiare, si è attribuita alla stessa una valenza unitaria per tutti i bambini del nucleo e per tutti i servizi comunali di natura educativa e scolastica.

⁷ valore stimato.

Le modalità operative definite nel protocollo, adottato con determina dirigenziale nel mese di aprile, dopo la realizzazione dei necessari interventi sulla procedura informatica in uso (SISM2) sono state applicate a partire dall'anno scolastico 2008/09.

1.3.3 Servizi per Adulti

Nel comune capoluogo si concentrano le maggiori situazioni di marginalità e bisogno: dalla presenza di rom e sinti, ai senza dimora, alla popolazione detenuta, agli immigrati in condizione di bisogno.

Gli interventi per contrastare l'esclusione sono rivolti a cittadini italiani non residenti a Bologna o classificati anagraficamente in senza dimora o irreperibili, rifugiati o richiedenti rifugio politico, cittadini residenti a Bologna in particolari condizione di difficoltà socio-economica. Possono inoltre far riferimento al servizio cittadini residenti o domiciliati a Bologna che siano stati dimessi da qualsiasi istituto penale italiano o estero, famiglie di detenuti residenti a Bologna, detenuti della Casa Circondariale di Bologna e persone sottoposte a misure restrittive della libertà presenti sul territorio cittadino.

Gli interventi dei servizi sociali hanno una duplice valenza in quanto volti sia a creare una rete di risorse per l'utente e a facilitarne l'autodeterminazione, sia a rafforzare le risorse personali in un percorso di possibile autonomia raggiungibile dal soggetto. Il bisogno che nasce da un disagio reiterato è mutato con i tempi, creando nella società attuale una serie di nuove povertà difficili da gestire senza una reale innovazione dei Servizi.

Il Comune di Bologna in questi ultimi anni ha inteso dare una risposta a questi mutati bisogni potenziando da un lato i servizi rivolti ai **senza fissa dimora** sia attraverso la predisposizione di strutture di accoglienza di bassa e media soglia per persone in grave stato di disagio sociale sia conappartamenti per l'accoglienza di adulti in carico che hanno già intrapreso un progetto verso l'autonomia, dall'altro attraverso la definizione di servizi ed interventi volti a favorire il processo di inclusione e l'integrazione sociale come interventi volti all'inserimento lavorativo e i sostegni economici.

Inoltre sono attivi diversi servizi (Front Office, Unità d'aiuto, Sportello Sociale delle opportunità) per accogliere e orientare verso la rete dei servizi, decodificare i bisogni esposti, dare informazioni su tutte le risorse disponibili sul territorio in merito ai diversi bisogni dei cittadini.

Sono tutte quelle attività volte ad orientare le persone in relazione ai loro bisogni, verso le strutture socio-sanitarie e verso i servizi più idonei: accoglienza e ascolto, analisi dei bisogni, accompagnamento ai servizi, segretariato sociale, sostegno nella ricerca del lavoro sostegno psicologico sia alla persona che al suo sistema affettivo relazionale di riferimento, orientamento e sostegno per l'accesso alla rete dei servizi e ai percorsi terapeutici-riabilitativi, lavoro di rete con Servizi pubblici, Privato Sociale, Volontariato e Associazionismo.

Per quel che riguarda il Front-office il servizio si occupa, in modo trasversale, di realtà come quella del disabile, dell'anziano in stato di disagio, dell'adulto italiano o straniero o del nucleo con minori, fino a toccare situazioni più complesse, relative a quelle persone prive dei requisiti utili ad una presa in carico da parte dei servizi istituzionali, ma che necessitano comunque di una prima risposta all'emergenza.

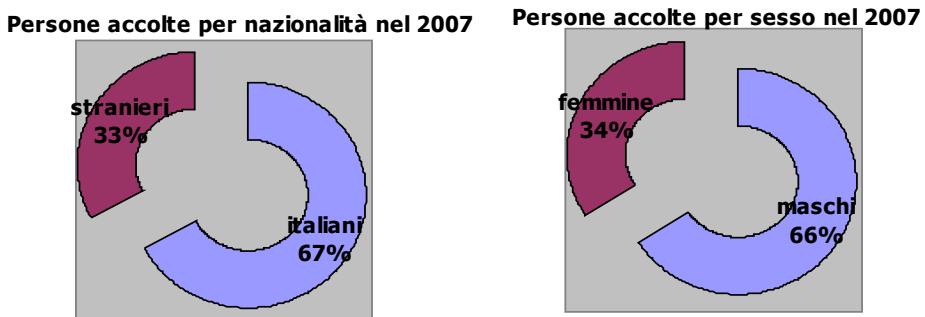
Inoltre il Pronto Intervento Sociale (Pris), attivato nel 2003, costituisce una risposta veloce a situazioni d'urgenza, legate a problematiche sociali che si presentano al di fuori degli orari di apertura dei servizi sociali.

Per quel che riguarda le dipendenze l'ambito di interventi per la prevenzione e riduzione del danno si occupa degli adulti a rischio di esclusione nel caso in cui si evidenzino anche delle problematiche legate all'abuso di sostanze psicogene e ad una popolazione target costituita da studenti della scuola media superiore e ragazzi che frequentano le discoteche in una logica di prevenzione e informazione.

Le attività si sviluppano attraverso progetti e interventi concertati con l'Azienda USL e che vedono il coinvolgimento del privato sociale.

Da rilevare inoltre come esistano forti connessioni tra marginalità sociale e il consumo di sostanze legali ed illegali quali: difficoltà del soddisfacimento dei bisogni primari e di accesso al mondo del lavoro, problemi di salute che assumono rilevanza sociale in termini di salute pubblica, patologie correlate all'uso di sostanze, problemi di compatibilità sociale, difficoltà di accesso ai servizi e di presa in carico.

L'area **esecuzione penale** si occupa di seguire tutte le attività riguardanti l'esecuzione penale intra ed extra muraria, tutta l'attività del Comitato locale per l'area dell'esecuzione penale adulti quindi sia le attività volte al miglioramento della qualità di vita dei detenuti (Sportello informativo, mediazione socio-culturale, socio-sanitaria, attività socio ricreative culturali) al reinserimento sociale e alla reintegrazione sociale attraverso la formazione e transizione al lavoro, sia iniziative rivolte alla cittadinanza di comunicazione sociale e sensibilizzazione sui temi dell'esecuzione penale adulti.

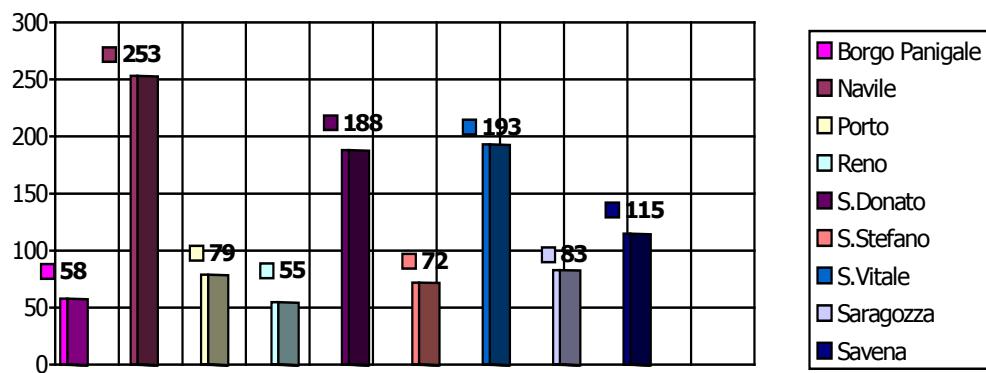


Servizi/interventi per informazione l'accesso, orientamento	Nº contatti / colloqui nel 2007
Sportello informativo carcere	423
Front Office	684
PRIS	196
Drop in	212
Unità di strada	117

ADULTI IN CARICO AI SERVIZI	2005	2006	2007	Variazione 2007/'06.v. ass	Variazione 2007/'06.%
Adulti in Difficoltà assistiti dai Servizi	1.991	1.399	1.585	186	13,2
Nuovi adulti in difficoltà presi in carico nell'anno	774	620	741	121	19,5
Adulti in difficoltà non più in carico nell'anno	666	509	583	74	14,5

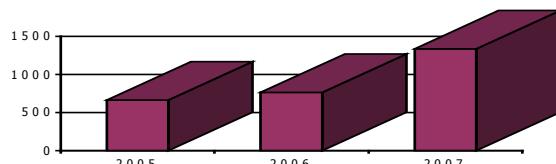
Tra 1.585 adulti in carico vi è una predominanza maschile (le femmine sono la metà dei maschi), mentre per quanto riguarda la nazionalità una predominanza di persone italiane (67%) pur a fronte di un sensibile incremento negli ultimi anni della presenza di stranieri nei servizi

Adulti in carico ai servizi nel 2007 per Quartiere di residenza



In base alla residenza degli adulti in carico si evidenziano alcuni quartieri maggiormente toccati dal disagio adulto (Navile, San Donato, San Vitale, Savena). Bisogna però tenere presente che molte di queste persone, una volta i carico ai servizi, assumono la residenza nelle strutture di accoglienza del Comune e quindi le concentrazioni appaiono maggiori là dove sono collocate le strutture medesime.

Adulti accolti in servizi residenziali dal 2005 al 2007



I Servizi hanno rilevato negli ultimi anni un cambiamento e una continua evoluzione dell'utenza: un sempre maggior numero di stranieri, e adi persone che presentano problematiche con alta rilevanza psichica, di un maggior numero di persone che rientrano nella "categoria" delle cosiddette "nuove

povertà" costituite principalmente da nuclei monogenitoriali (in particolare donne sole con figli), famiglie monoredito, famiglie numerose, ma anche giovani adulti usciti dal mondo del lavoro, padri separati, anziani soli e nuovi cittadini per i quali la condizione giuridica incide in modo maggiormente rilevante nel determinarne il rischio di esclusione.

Il cambiamento delle condizioni che portano le persone a rischio di esclusione devono condurre ad una riflessione sul sistema complessivo dei servizi rivolti a questo ambito per trovare strumenti, metodologie e risorse più adeguate per rispondere al bisogno

OSPITALITÀ SEMIRESIDENZIALE ⁸	2005	2006	2007	Variazione 2007/'06.v. ass.	Variazione 2007/'06.%
Nº utenti Centro Diurno multifunzionale ⁹	375	321	226	-95	-29,5
OSPITALITÀ RESIDENZIALE					
Nº ospiti Centro a soglia Via Crocicchi	13	9	6	-3	-33,3
Nº ospiti Casa del Riposo Notturno Massimo zaccarelli	54	211	142	-69	-32,7
Nº ospiti Centro media soglia madre Teresa di Calcutta Viale Lenin	88	64	71	7	10,9
Nº ospiti Rifugio notturno Via del Gomito	226	142	92	-50	-35,2
Nº ospiti Riparo notturno Via Lombardia	74	83	840	757	912
Nº utenti Centro Beltrame	160	212	164	-48	-22,6
Nº utenti gruppi appartamento	49	41	20	-21	51,2

Interventi per l'integrazione lavorativa e sostegni economici rivolti agli adulti in difficoltà	2005	2006	2007	Variazione 2007/'06.v. ass.	Variazione 2007/'06.%
Nº utenti Borse lavoro	129 ¹⁰	275 ¹¹	276	1	0,3
Nº utenti Laboratorio Abba-stanza	109	123	101	14	12,8
Nº utenti mini Borse lavoro- formazione	24	34	12	10	41,6
Nº utenti sussidi una tantum	422	n.p.	590		

PROGETTI E INIZIATIVE DI INTEGRAZIONE E SENSIBILIZZAZIONE AREA ESECUZIONE PENALE RIVOLTI ALLA POPOLAZIONE PENITENZIARIA E ALLA CITTADINANZA

Progetti /iniziativa	Numero Partecipanti				
	2005	2006	2007	Variazione 2007/'06. v. ass.	Variazione % 2007/'06
Mediazione socio sanitaria	1.375	1.200	360	-840	-70
Attività intramurarie ricreative	230	250	680	430	172
Progetto Sole (gruppi relazionali, Yoga dinamico)	80	80	55	-25	-31,2
Seminari di approfondimento tema dell'esecuzione penale	160	160	76	-84	-52,5

⁸ Nel 2007 sono stati 1.483 gli invii al sistema di accoglienza attraverso la Lista Unica cittadina

⁹ Servizio attivato nel 2004.

¹⁰ Compresi richiedenti rifugio con spesa a carico servizi immigrati.

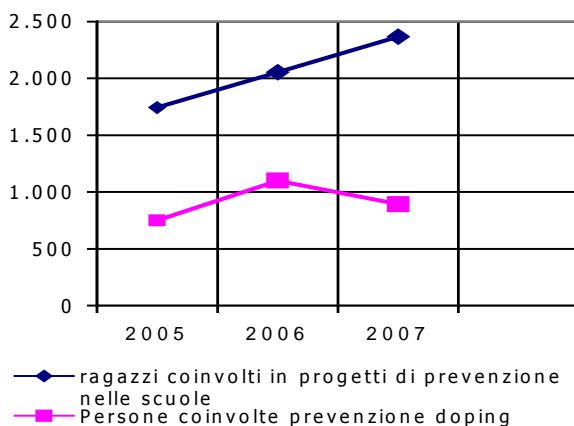
¹¹ Non contengono Borse lavoro richiedenti rifugio

PROGETTI INIZIATIVE DI SENSIBILIZZAZIONE E PREVENZIONE ALLE SOSTANZE PSICOATTIVE

Sono in aumento i ragazzi coinvolti negli interventi di prevenzione atti a promuovere comportamenti e stili di vita rivolti al benessere del singolo e della comunità, informare sui rischi connessi all'utilizzo di sostanze legali ed illegali, promuovere la conoscenza dei servizi sul territorio, in particolare nei luoghi di aggregazione (locali notturni) e nelle scuole.

Progetti/iniziative	2005	2006	2007	Variazione v. ass. 2007/'06	Variazione % 2007/'06
Progetti, laboratori presso le scuole					
N° scuole superiori coinvolte			9		
N° classi superiori coinvolte			118		
Altre attività classi superiori (cogestione, sportello etc)			37		
N° ragazzi scuole superiori coinvolti			1.967		
N° scuole medie coinvolte			8		
N° classi medie coinvolte			48		
N° ragazzi coinvolti			1.200		
N° ragazzi complessivamente coinvolti	1.742	2.053	3.167	1.114	54,3
Progetto Discoteche					
N° discoteche coinvolte	54	15	19	4	26,6
N° contatti frequentatori	9.000	2.275	3.808	1.533	67,3
N° test etilometro			1.879		
N° test profilattico			124		
N° test tempi reazione			269		
Consumazioni d'acqua effettuate			1.096		
Progetto Doping¹²					
Persone coinvolte (Insegnanti, Dirigenti sportivi ecc.)	750	1.100	892	-208	-18,9
N°incontri formativi per adulti (insegnanti, medici etc)			12		
N° incontri formativi per studenti scuole superiori			20		
N° soggetti complessivamente coinvolti			860		

Iniziative prevenzione sostanze psicoattive persone coinvolte ultimi tre anni



1.3.4 Servizi Per Immigrati

In questa sezione vengono illustrati i principali interventi legati alla presenza di cittadini immigrati a Bologna da paesi extracomunitari nel loro primo periodo di permanenza nella città.

Destinatari degli interventi sono, quindi, tutti gli stranieri regolarmente presenti in Italia (con permesso di soggiorno) anche se non necessariamente residenti a Bologna.¹³

Gli interventi non sostituiscono i servizi dedicati alla totalità dei cittadini residenti - di cui anche gli stranieri in posizione regolare rispetto al soggiorno possono godere - ma integrano l'offerta esistente con azioni mirate intervenendo solo su quella parte di bisogni specifici espressi dalla popolazione immigrata che non trovano risposta nei servizi tradizionali o per i quali i Servizi richiedono un'integrazione professionale.

Le principali attività riguardano da un lato l'informazione e l'orientamento ai cittadini non comunitari sui temi normativi, sui diritti, sui servizi, l'inserimento lavorativo e l'asilo politico ("URP specialistico" e sportelli di secondo livello quali Sportello rifugio e legale) e dall'altra la gestione dei Centri comunali di accoglienza e di altri alloggi di transizione. Come supporto per tutti quei servizi territoriali che sono a contatto con l'utenza straniera e immigrata viene fornito un servizio centralizzato di mediazione culturale e interpretariato sociale.

Il Comune di Bologna, inoltre, partecipa al Sistema di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati (SPRAR) promosso dal Ministero dell'Interno con il progetto di accoglienza per Richiedenti asilo e rifugiati.

SERVIZI PER L'INFORMAZIONE E ORIENTAMENTO

Gli sportelli intendono Offrire informazione e segretariato sociale per i cittadini immigrati presenti in città tramite operatori, mediatori culturali, appartenenti alle principali aree linguistiche presenti in città, che svolgono un lavoro d'orientamento dei cittadini stranieri verso i servizi offerti a Bologna, in una logica di pari opportunità nell'accesso e di non duplicazione dei servizi.

E' presente uno sportello specialistico di primo livello "URP specialistico" che fornisce un'informativa di carattere generale e funge da filtro per gli sportelli specializzati di secondo livello.

Questo secondo livello è suddiviso in due sportelli specifici volti a fornire al pubblico informazioni sulle principali materie concernenti la condizione di cittadino straniero in Italia, indirizzare il pubblico verso la soluzione del proprio caso attraverso informazione dettagliata in ambito burocratico, giuridico e amministrativo e anche tramite l'orientamento verso altri servizi:

- **Sportello rifugio** (richiedenti asilo politico) - Gli operatori illustrano agli stranieri che si rivolgono loro al fine di attivare la richiesta d'asilo le implicazioni e l'iter da seguire, seguono poi il richiedente nella fase istruttoria e attivano i servizi sociali per l'assistenza (buoni pasto e sussidio economico) durante il periodo che intercorre tra la richiesta e il riconoscimento di status di rifugiato;
- **Sportello legale** - Servizio di consulenza legale con l'obiettivo di informare, orientare e fornire agli operatori e alle professionalità già presenti nell'Amministrazione un'ulteriore formazione con specifico riguardo agli aspetti legali e alle opportunità di assistenza legale presenti in città.

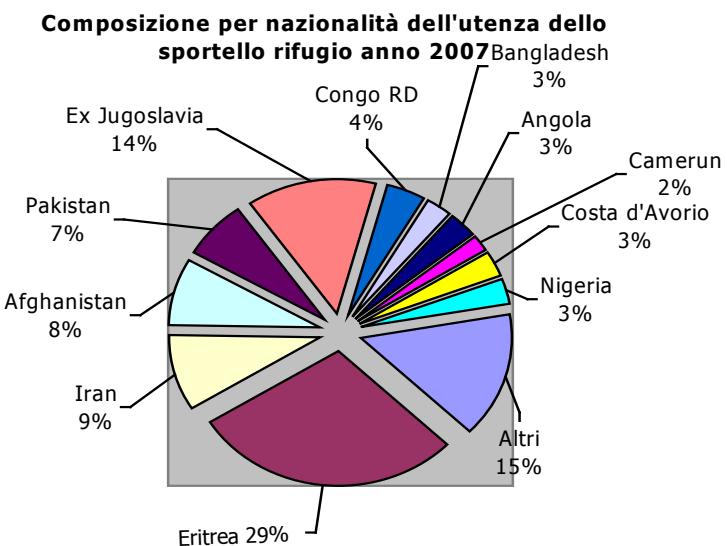
Tipologia sportelli	2005	2006	2007
N° utenti URP specialistico	3.573	3.604	2.857
N° utenti Sportello Rifugio	232	317	435
N° utenti assistiti dallo Sportello legale	155	133	126

La diminuzione dei cittadini che si sono rivolti all'Urp specialistico nell'ultimo anno è da imputare in parte al fatto che non si rivolgono più al medesimo i rumeni (non più cittadini extracomunitari); un ulteriore fattore che ha determinato una flessione delle richiesta di informazione e consulenza sui permessi di soggiorno è stato il passaggio di competenze dalle Questure alle anagrafi comunali in materia di attestazione di soggiorno per i cittadini comunitari. Ciò ha comportato una semplificazione della procedura e uno spostamento della richiesta di informazioni direttamente agli sportelli del cittadino.

Si è registrato di converso un notevole aumento di richieste di informazioni inerenti le procedure per le richieste d'asilo e i servizi connessi che sono da ascrivere all'aumento di arrivi in città di richiedenti asilo e protezioni umanitarie; sono ancora rilevanti le informazioni fornite sull'assistenza sociale in generale e, in particolare, è ancora significativa la richiesta di aiuto in merito al reperimento di una casa, di una stanza o di un posto letto.

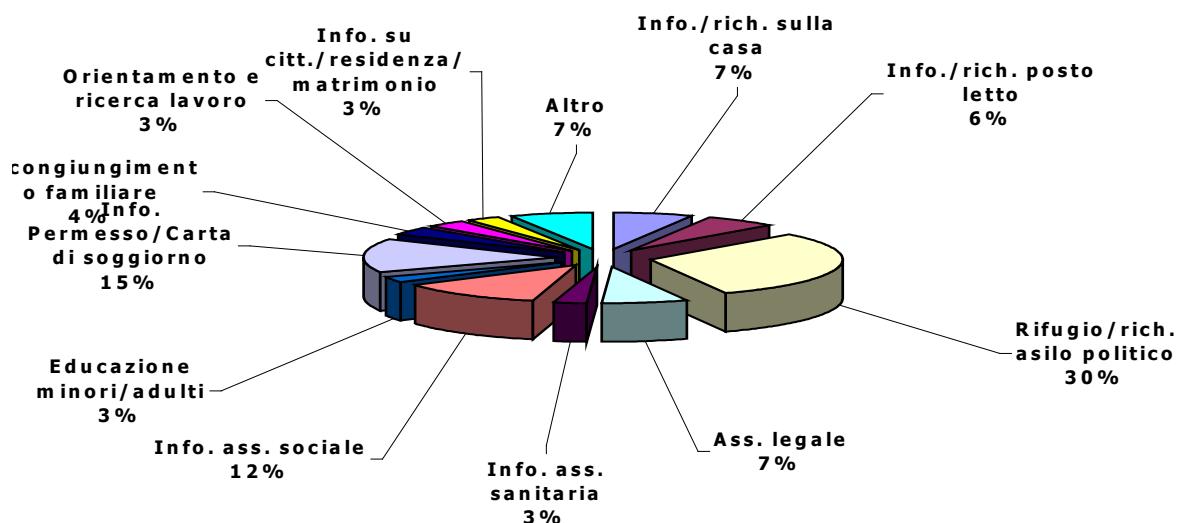
¹³

Gli stranieri privi di permesso di soggiorno possono, infatti, essere destinatari di servizi soltanto in casi di declamata emergenza e per quel che attiene al Diritto alla salute, individuale e collettiva, e l'obbligo scolastico.



Il numero di contatti per informazioni e orientamento si suddivide in 82 nazionalità diverse. Le nazionalità più rappresentate sono quella Eritrea e quella del Bangladesh, seguite da quella Pakistan. Rispetto all'anno precedente è notevole la crescita dell'utenza proveniente da Afghanistan e Iran.

Tipologia di contatti all'URP specialistico anno 2007

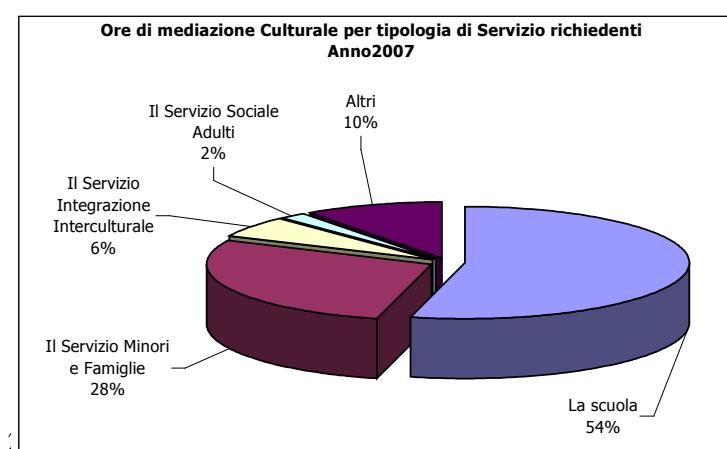


Servizio centralizzato di mediazione culturale

Il Servizio ha l'obiettivo di facilitare la comunicazione e la relazione tra utenti stranieri ed operatori dei servizi pubblici. È rivolto sia ai Servizi comunali che alle scuole. Nel 2007 il totale delle ore fornite per l'attività di mediazione sono state 1.530 e le ore per traduzioni 263

Sistema di protezione per richiedenti asilo e rifugiati (SPRAR)

Nel mese luglio 2006 il Comune di Bologna ha partecipato al Bando nazionale del Ministero dell'Interno per la richiesta di contributo del Fondo nazionale per le politiche ed i servizi dell'asilo, con il progetto di accoglienza per Richiedenti asilo e



rifugiati, rinnovando la propria partecipazione al Sistema di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati.

Il Progetto è stato approvato per l'ospitalità di 35 richiedenti asilo in posti di accoglienza e prevede le seguenti attività:

- ospitalità per 35 persone presso la struttura di via Quarto di Sopra 6/3 (24 persone) e presso 2 appartamenti affittati dal nostro Servizio (11 persone);
- assistenza economica;
- definizione di progetti individuali di inserimento sociale;
- avvio a corsi di lingua italiana e di formazione professionale;
- inserimento in Borse Lavoro;
- accompagnamento ad un percorso di uscita dal progetto dopo il riconoscimento dello status di rifugiato o beneficiario di protezione umanitaria;
- potenziamento dello sportello di ricevimento dei richiedenti asilo.

I posti in accoglienza sono suddivisi secondo diverse tipologie di beneficiari: 16 posti per uomini singoli, 6 per donne singole, 13 posti per nuclei familiari. Il progetto personale di accoglienza comporta un limite temporale di ospitalità, definito in sei mesi, rinnovabili fino ad un massimo di ulteriori sei mesi.

Nel corso del 2007 sono stati così complessivamente accolti 82 beneficiari, corrispondenti a 53 persone singole e 6 nuclei familiari (con la presenza di 10 minori).

A seguito della approvazione dell'Ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 3620 concernente "Ulteriori disposizioni urgenti di protezione civile per il contrasto e la gestione dell'eccezionale afflusso di cittadini stranieri extracomunitari giunti irregolarmente in Italia" del 12 ottobre 2007, che ha messo a disposizione finanziamenti straordinari per l'accoglienza di richiedenti asilo, il Servizio ha reso disponibili ulteriori 6 posti di accoglienza all'interno di un alloggio.

I sei posti sono stati destinati all'ospitalità di uomini singoli, beneficiari per cui è prevista la medesima progettazione attiva per le persone accolte all'interno del Sistema di Protezione per richiedenti asilo e rifugiati (SPRAR) e dal 1 novembre 2007 i posti sono stati assegnati a sei richiedenti asilo presenti sul territorio della città. Accanto a questa iniziativa è stata inoltre garantita, nel periodo considerato, l'ospitalità, l'orientamento o la presa in carico, presso appartamenti locati dal Comune ed in qualche caso subaffittati alle famiglie in condizioni di favore, ad ulteriori richiedenti asilo singoli e/o componenti di nuclei familiari (7) per complessive 48 persone.

Alle attività di accoglienza si è affiancata l'attività di sensibilizzazione della cittadinanza bolognese sulle tematiche relative al rifugio politico, con anche l'organizzazione di spettacolo teatrale "Il calcio in faccia", cui hanno preso parte, in ruolo di attori, alcuni degli utenti seguiti dal progetto.

Progetto "IntegRARsi"

Il Comune di Bologna ha inoltre aderito, come partner locale, al Progetto Equal "IntegRARsi - Reti locali per l'integrazione di richiedenti asilo e rifugiati" finanziato dal Fondo Sociale Europeo, attraverso il Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale. IntegRARsi in Italia ha l'obiettivo di contrastare l'esclusione sociale ed economica dei richiedenti asilo e rifugiati attraverso la sperimentazione di percorsi e strumenti per l'integrazione sociale e professionale, in particolare per quanto riguarda l'orientamento, l'informazione e l'integrazione socio-lavorativa. Il progetto qualificante del Comune di Bologna riguarda la programmazione di attività di formazione professionale e l'avvio di tirocini formativi. Nel 2007 sono stati in carico al progetto 86 beneficiari (68 maschi e 18 femmine) che hanno usufruito dei seguenti servizi: Informazione e orientamento, invio a corsi di lingua italiana e di formazione professionale, avvio di tirocini formativi, orientamento al lavoro, redazione di Curriculum Vitae.

SERVIZI D'ACCOGLIENZA

Le strutture di accoglienza si dividono in tre categorie:

- I Centri a cui si accede direttamente previa verifica dei requisiti e della disponibilità di posti. Queste strutture sono destinate a immigrati singoli lavoratori o in stato di temporanea disoccupazione. Hanno l'obiettivo di rispondere a un bisogno abitativo temporaneo e consentono la permanenza in struttura nelle 24 ore. Sono dotati di cucine e servizi collettivi. La durata della permanenza è di un anno. Per la gestione vengono stipulati contratti con enti del privato sociale che assicurano la presenza di un servizio di portineria sociale ed eventualmente interventi educativi mirati a facilitare i percorsi di integrazione. I centri di accoglienza di questa tipologia sono tre: Residenza Sociale Temporanea Marconi (beneficiari: uomini singoli), Residenza Sociale Temporanea Irnerio (beneficiari: uomini singoli), Residenza Sociale Temporanea San Leonardo (beneficiari: donne singole)
- I Centri a cui si accede in seguito a una valutazione da parte del Servizio. Tali strutture sono mirate a rispondere a bisogni specifici della popolazione immigrata. Come i precedenti prevedono la possibilità di permanenza in struttura nelle 24 ore e sono dotati di cucine e servizi collettivi. Il Servizio e gli enti del privato sociale individuati per la gestione sviluppano interventi socio-educativi specifici per la tipologia di bisogni espressi dai beneficiari di queste misure d'accoglienza. I centri allestiti per accogliere fasce

specifiche della popolazione immigrata sono: Residenza Sociale di Transizione Rivani (obiettivo: misure di sostegno al ricongiungimento familiare; beneficiari: uomini singoli), Residenza Sociale di Transizione Santa Francesca Cabrini (obiettivo: misure di accoglienza per neomaggiorenni in uscita dalle comunità per minori stranieri non accompagnati e migranti che godono di protezione umanitaria; beneficiari: uomini singoli), Casa Merlani (obiettivo: misure d'accoglienza e di sostegno alla genitorialità; beneficiari: nuclei familiari monoparentali madre - bambino)¹⁴, Centri San Donato, Roma e Michelino (obiettivo: misure d'accoglienza per richiedenti asilo; beneficiari: singoli e nuclei familiari in attesa del riconoscimento dello status di rifugiato)

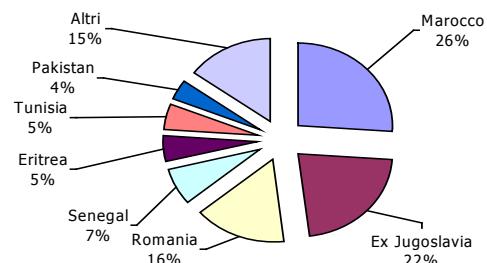
- Appartamenti di primo inserimento abitativo per singoli e famiglie. Il percorso per l'inserimento abitativo prevede sia un'attività diretta del Comune nel reperimento sul libero mercato degli immobili con la stipula dei relativi contratti di locazione con i proprietari che poi viene successivamente sublocata ai nuclei destinatari; sia supporto e agevolazione di percorsi all'autonomia dei nuclei, tali da indurli al diretto reperimento degli immobili, e in successivi interventi di contribuzione parziale al pagamento dei canoni di locazione. La partecipazione al pagamento del canone d'affitto da parte del Comune, è progressivamente decrescente nel tempo finché il nucleo familiare avrà raggiunto un'autonomia tale per cui l'intervento pubblico non sia più necessario.

Tipologia Accoglienza	Capienza e utenza nell'anno 2007							
	Capienza al 31/12/07	Utenti al 31/12/07	Entrati nel 2007	Usciti nel 2007	Utenti ospitati nel 2007	Famiglie al 31/12/07	Indice di Rotazione ¹⁵	Turnover ¹⁶
Centri di accoglienza	383	349	243	401	750	19	1,9	0,7
Appartamenti singoli	203	195	31	33	228	-	1,1	0,2
Appartamenti famiglie	535	503	90	75	578	116	1,1	0,2
App. "Madre- bambino"	10	9	0	0	9	-	0,9	0,0
TOTALE	1.131	1.056	364	509	1.565	135	1,4	0,3

Tra le persone accolte si registra una predominanza maschile, gli uomini sono più del doppio delle donne e si tratta di persone giovani tra i 20 e 50 anni. Per quanto riguarda la nazionalità la più rappresentata è quella marocchina.

Sono inoltre presenti in città tre aree di sosta per popolazione Sinti presso i Quartieri: Savena, Navile e Borgo Panigale. L'area presso il quartiere Savena è stata completata con un intervento di riqualificazione, iniziato nell'estate del 2007 e terminato a settembre 2008, che aportato alla realizzazione di cinque microaree attrezzate dove le famiglie Sinti hanno sistemato roulotte e camper, una per ciascuna "famiglia allargata" ospitata (circa una settimana di persone di etnia sinti), in ogni microarea è stata costruita una casetta in muratura attrezzata con bagni, caldaie, lavanderie e cucine. Ogni nucleo familiare è intestatario del contratto per la fornitura di elettricità di cui pagherà le utenze. Il complesso dispone anche di una chiesa che potrà fungere anche da sala riunione o assemblea.

Utenti in accoglienza per nazionalità principali al
31/12/2007

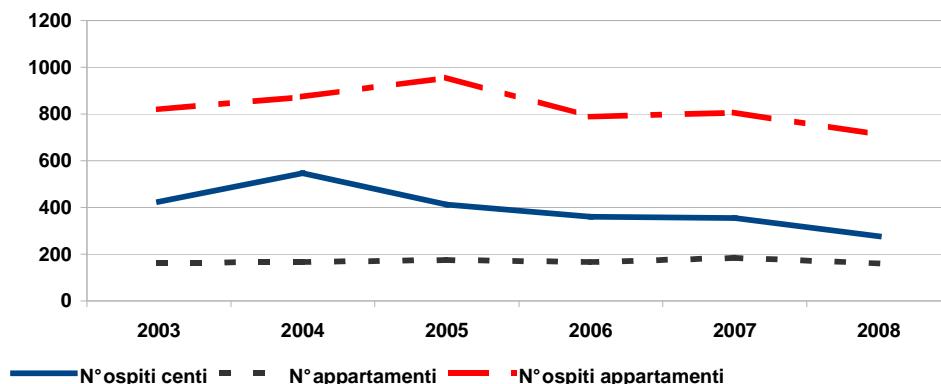


¹⁴ Nel corso del 2008 la gestione della struttura verrà trasferita al Servizio Minori e Famiglie

¹⁵ Per Indice di rotazione si intende il numero di utenti che in un anno "ruotano" sullo stesso posto letto. Si ottiene dividendo il numero di utenti ospitati nell'anno per la capienza.

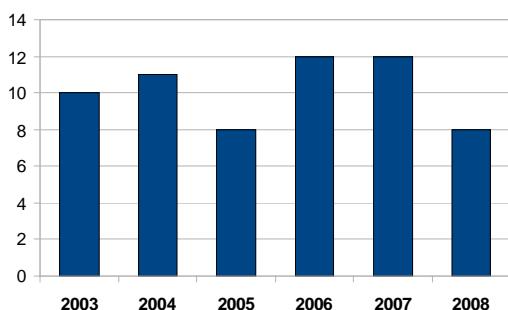
¹⁶ Per Indice di turnover si intende il rapporto tra gli utenti entrati nel corso dell'anno e il totale degli utenti al 31/12.

Negli ultimi sei anni si è registrato una sensibile diminuzione degli ospiti accolti in Centri di prima accoglienza che, grazie a progetti di accompagnamento ed integrazione, hanno potuto trovare soluzioni alloggiative più consone nel tessuto cittadino. Alla progressiva collocazione degli ospiti in appartamenti è corrisposta anche una chiusura di molti Centri che si riducono ad otto nel 2008.



Tipologia accoglienza	Anni					
	2003	2004	2005	2006	2007	2008
N° centri	10	11	8	12	12	8
N° ospiti centri	424	546	411	359	354	277
N° appartamenti	163	166	175	166	184	160
N° ospiti appartamenti	819	873	956	788	806	710

Numero centro presenti negli ultimi sei anni



PROGETTO “PIANO STRAORDINARIO DISTRETTUALE FINALIZZATO AL SUPERAMENTO DELLE STRUTTURE TEMPORANEE DI EMERGENZA”

Il progetto è volto alla costituzione delle condizioni che promuovano e facilitino percorsi di integrazione sociale di nuclei familiari accolti in strutture d'emergenza, favorendo la ricerca di una soluzione alloggiativa adeguata nell'ambito del territorio provinciale, per il superamento di una condizione precaria e transitoria.

I percorsi di integrazione si realizzano attraverso una presa in carico che prevede:

- Verifica per ciascun nucleo presente nelle strutture emergenziali la composizione anagrafica, raccolta di informazioni sulla frequenza dei bambini in età scolare, sullo stato di salute dei componenti, sul tipo ed il luogo di lavoro, Definizione del quadro conoscitivo per singoli e per nuclei familiari relativo a condizione socio economica, livelli di istruzione e di competenze per il lavoro, definizione concordata di un programma con gli utenti a breve e medio periodo.
- Formulazione e monitoraggio di un progetto individuale per ciascun nucleo coinvolto che mira a migliorare le condizioni di vita (casa e lavoro) e a migliorare l'integrazione sociale complessiva attraverso interventi di accompagnamento e mediazione sociali condotti con modalità e metodologie sperimentali e innovative.

Il piano ha portato i seguenti risultati:

- **Nel corso del 2007** si sono completati i percorsi di accompagnamento all'integrazione sociale dei nuclei familiari rom romeni ospitati nelle strutture d'emergenza di Villa Salus e RST Gandhi di Via Piratino con la **chiusura delle medesime**. Queste due strutture destinate ad ospitare persone provenienti dall'occupazione del Ferrhotel e dallo sgombero del Lungorenco sono state prima gestite e successivamente svuotate attraverso un intervento che ha coinvolto diversi servizi e settori del Comune. Il percorso di integrazione sociale si è svolto in diverse fasi dal reperimento di risorse abitative, alla progettazione e l'affidamento in gestione del servizio di accompagnamento all'inserimento abitativo e si è concluso con l'inserimento in appartamento di un numero complessivo di 44 famiglie, per un totale di 198 persone.

- **Chiusura, nel giugno del 2008, del Centro profughi di Pianazze** allestito su un terreno di proprietà del Comune di Bologna situato nel territorio di Sasso Marconi.

Il campo era stato realizzato nel 1994 per ospitare i profughi della ex Jugoslavia. Per gli ospiti ancora presenti nel 2008 sono stati realizzati 6 inserimenti abitativi fino allo smantellamento del campo nel primo semestre del 2008

- **Chiusura a settembre 2008 del Centro profughi di Trebbo di Reno**. L'ultimo centro ad essere smantellato, in ordine cronologico, è anche l'ultimo campo rom del Comune di Bologna. Con la sua chiusura, a fine settembre 2008, l'Amministrazione termina l'esperienza dei campi e di tutte le strutture emergenziali a gestione straordinaria.

I Rom ospiti a Trebbo fin dal 1995, nel territorio comunale di Castel Maggiore, hanno seguito negli anni un percorso analogo ai Rom di Pianazze, beneficiando di strumenti sperimentali messi in campo dall'Amministrazione per agevolarli nel reperimento di una soluzione abitativa autonoma.

Al momento dell'attuazione del Piano erano ancora presenti nel campo 7 famiglie, alcune con situazioni di disagio sociale di una certa rilevanza dovute all'età avanzata, a malattie invalidanti e a problemi di dipendenza e abuso di sostanze.

Due famiglie in posizione utile nella graduatoria Erp da molto tempo, sono riuscite ad ottenere l'assegnazione dell'alloggio; un nucleo - in previsione della chiusura del campo - ha scelto di trasferirsi in Francia per ricongiungersi con un'altra parte della propria famiglia; due nuclei (10 persone di cui 4 minori) hanno beneficiato delle misure di accompagnamento del Piano prendendo in sublocazione dal Comune appartamenti di proprietà privata e altre due famiglie sono state temporaneamente trasferite all'interno di strutture semiresidenziali del Comune in attesa di un rimpatrio volontario assistito verso la Serbia.

A conclusione della prima fase del Piano inerente la chiusura dei campi, si contano pertanto 53 inserimenti abitativi straordinari (escluse le poche famiglie che hanno ottenuto un alloggio Erp) per un totale di 241 persone di cui 117 minori. Per loro, come si è detto, è in corso l'intervento di accompagnamento descritto, in una situazione di ampia autonomia per quanto concerne la conduzione degli alloggi e il sostentamento delle spese di locazione, delle utenze e della manutenzione ordinaria

Assistenza sanitaria ai migranti

Il profilo di fruizione dei servizi sanitari da parte dei migranti è differenziato a seconda che si tratti di persone regolarmente presenti o di irregolari. Gli stranieri privi del titolo di soggiorno vengono forniti, a richiesta, del tesserino STP, che consente l'accesso al primo livello delle cure ed eventualmente ai successivi, principalmente attraverso ambulatori garantiti da due Associazioni di volontariato con le quali l'Azienda USL di Bologna ha in essere rapporti di convenzione: Confraternita della Misericordia (ambulatorio Biavati in vicolo Alemagna) e SOKOS (centro di via de' Castagnoli). Si tratta di un'utenza che, rispetto agli autoctoni, utilizza maggiormente i servizi di Pronto Soccorso e i consultori.

Un numero verde dedicato (800663366), risponde in 6 lingue (italiano, inglese, filippino, arabo, francese e albanese) e si propone di facilitare l'accesso ai percorsi fondamentali per la salute di questa popolazione. Inoltre presso l'Ospedale Maggiore di Bologna è presente un servizio di informazione e mediazione culturale, a disposizione di straneri e operatori socio-sanitari, che articola i propri interventi sia a livello ospedaliero sia sul territorio.

1.3.5 Servizi Per Anziani

L'ambito dei servizi agli anziani è uno di quelli maggiormente consolidati e di più lunga tradizione nel Comune di Bologna.

Se è vero che l'offerta di servizi e opportunità per questa fascia della popolazione è molto ampia è bene però tenere conto di come l'aumento della vita media, una delle più elevate nel panorama nazionale e internazionale, li vede divenire portatori di nuove esigenze e di una domanda particolarmente differenziata nei confronti dei servizi. A ragione di ciò occorre tenere presente due chiari e distinti ambiti di intervento:

- a) l'uno assistenziale per gli anziani più deboli fisicamente ed economicamente,
- b) l'altro promozionale e di impulso all'integrazione per gli anziani vitali che desiderano partecipare attivamente alla vita sociale e pubblica consentendogli di sviluppare attività volte a far emergere le risorse personali ancora presenti.

Per quel che riguarda l'ambito assistenziale l'offerta si articola da un lato con i servizi di assistenza domiciliare composta da una rete variegata di offerte che comprendono interventi con componenti sia sociali che sanitarie a seconda dell'intensità del bisogno. Il Servizio di Assistenza Domiciliare non si configura più, quindi, come un semplice servizio di base, atto a risolvere bisogni come la solitudine o l'accompagnamento all'esterno, ma rappresenta una delle risorse più richieste dai cittadini, in particolare per i non autosufficienti. L'offerta di strutture residenziali interviene per assistere le persone anziane qualora le condizioni fisiche siano a tal punto compromesse da non consentire l'assistenza al domicilio, o quando sia assente un contesto familiare relazionale di sostegno. Le strutture si vanno sempre più differenziando e specializzando per tenere conto della complessità dei bisogni (alzheimer, traumi ed ictus, malattie invalidanti e degenerative) e della continuità del progetto di assistenza:

- le Case Protette, rivolte a persone non più autosufficienti, sono in grado di fornire prestazioni sia di tipo sociale che sanitario,
- le Residenze Sanitarie Assistenziali sono rivolte ad anziani che devono seguire programmi di cura e riabilitazione prolungati (ad esempio in seguito ad una degenza ospedaliera), oppure siano portatori di gravi forme di demenza senile,
- le Case di Riposo accolgono tendenzialmente soggetti parzialmente non autosufficienti, ma in prospettiva queste strutture vedranno una rivisitazione verso forme di Casa protetta o ad ogni modo con una più forte specializzazione sanitaria in quanto le persone lievemente non autosufficienti sono sempre più assistite al domicilio nella logica di ritardarne il più possibile l'istituzionalizzazione.

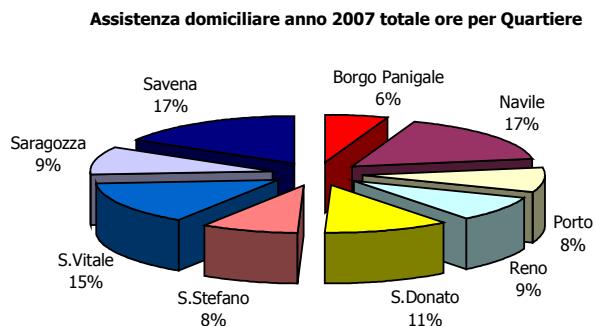
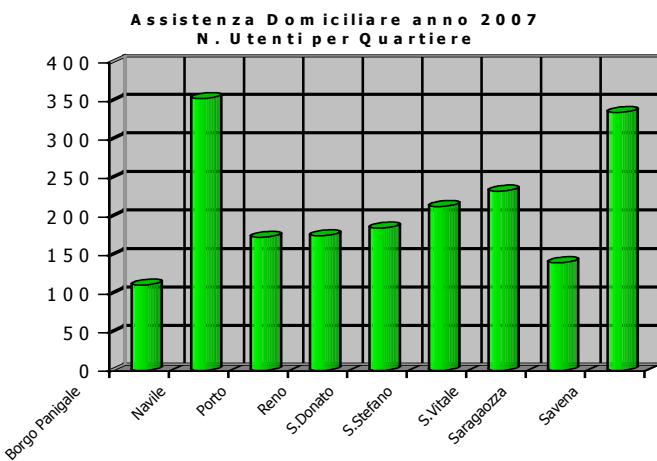
Le sperimentazioni più innovative vedono lo sviluppo di strutture polifunzionali con la compresenza di moduli di semiresidenza, Casa Protetta, Residenza Sanitaria Assistita, che garantiscano all'anziano un percorso assistenziale continuativo per tutto il decorso senile.

Anche grazie ai finanziamenti del Fondo Regionale per la non autosufficienza si è dato avvio negli ultimi anni a progetti sperimentali di contrasto alla solitudine e sviluppo dell'utilizzo delle nuove tecnologie come strumento di inclusione sociale e di informazione sanitaria a supporto degli anziani fragili con lo sviluppo in particolare dei progetti E-CARE, e OLDES (Old people e-services at home). Gli obiettivi sono la valorizzazione dei cittadini della terza età in buona salute e il sostegno dei soggetti fragili e non autosufficienti secondo un principio di solidarietà reciproca e valorizzazione dell'esperienza e della competenza dei cittadini ritirati dal lavoro o che vogliono mettere a disposizione degli anziani il loro tempo libero.

Per quel che riguarda l'ambito degli interventi promozionali, il Comune di Bologna sostiene, in una logica di sussidiarietà, tutte quelle realtà che svolgono attività di socializzazione, integrazione e opportunità culturali e ricreative rivolte prioritariamente alla popolazione anziana, ma con la finalità di creare luoghi e strumenti di aggregazione tra le diverse generazioni e culture (Centri Sociali, Università della Terza età, associazioni, volontari, parrocchie etc.). Particolarmente attiva la realtà dei Centri Sociali Anziani, di lunga tradizione nella nostra realtà cittadina - l'apertura dei primi due centri sociali risale al 1974 - e che hanno raggiunto oggi il numero di 35 su tutto il territorio, autogestiti dagli anziani con oltre 6000 apprezzamenti ortivi.

Assistenza domiciliare		2006	2007	2008	Variazione 2008/07.v. ass	Variazione 2008/07.%
Assistenza domiciliare	n. utenza media ¹⁷	2092	2.127	2.117	-10	-0.5
	n. ore totali ¹⁸	508.532	513.146	499.355	-13.791	-2.7
	N° ore/utente ¹⁹	243	241	236	-5	-2.1
	Copertura assistenza domiciliare/popolazione anziana	2%	2,1%	2,1	0	0

Per quanto riguarda l'assistenza domiciliare è stato raggiunto anche per il 2008 l'obiettivo di mantenere, come per i due precedenti, la copertura del 2% della popolazione con più di 65 anni d'età



¹⁷ Il dato comprende l'utenza di Assistenza Domiciliare convenzionata + Assistenza Domiciliare volontariato + Assistenza Domiciliare sperimentazioni (Gesù Divino operaio, Axia, Acli, Arad).

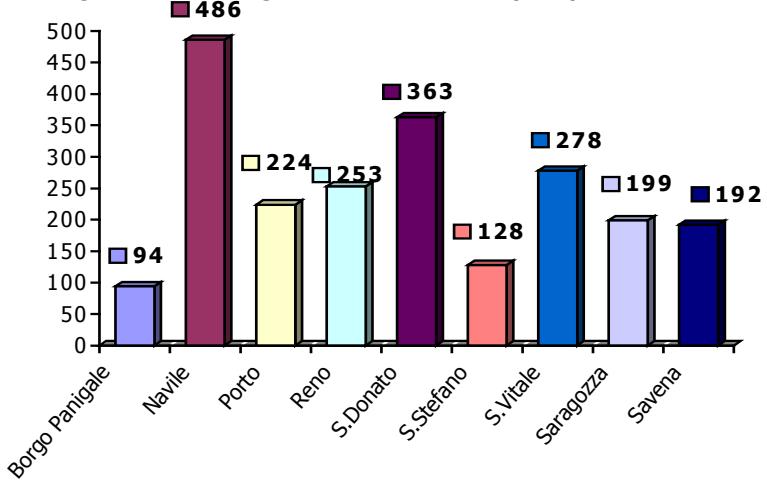
¹⁸ Vd. sopra.

¹⁹ Nel calcolo ore/utente sono state suddivise ore di Assistenza Domiciliare (convenzionata e accreditata e volontariato) per utenti Assistenza Domiciliare (convenzionata e accreditata e volontariato).

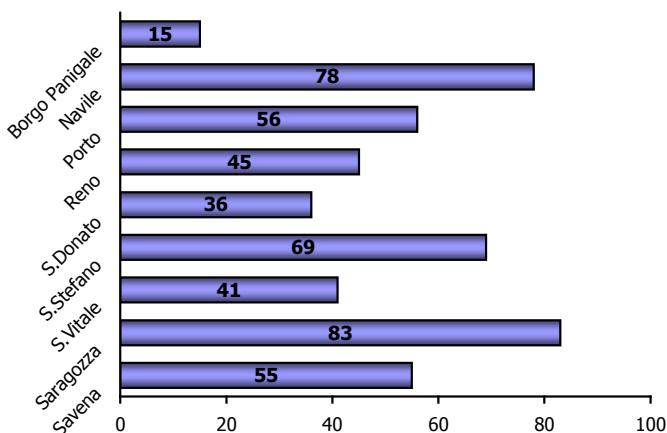
Assegni di cura	2005	2006	2007	2008	Variazione 08/07 v.a.	Variazione 08/07%
n° utenti	1.884	2.150	2.217	2.722	505	22,8
N° utenti Lista d'attesa	271	0	0	0		

Si assiste ad un sensibile aumento della domanda e dell'erogazione degli assegni di cura, che ha registrato negli ultimi anni una vera e propria impennata e ha portato nel 2008 a raggiungere 2.722 utenti con un contestuale aumento dell'offerta, che ha consentito di mantenere l'azzeramento delle liste di attesa.

Assegni di cura erogati nell'anno 2007 per quartiere



Aiuti Economici anno 2007 totale



Distribuzione dell'erogazione degli aiuti economici per quartiere. Gli aiuti economici sono stati complessivamente erogati nell'anno a 478 utenti, e vedono una disomogenea distribuzione sul territorio passando dagli 83 utenti di Saragozza ai 15 di Borgo Panigale.

Altri servizi socio assistenziali erogati nell'Anno 2007

Servizi	N. Utenti
Telesoccorso	185
Aiuti Economici	478
Aiuti all'autonomia	194
Contributi alla mobilità	559
Lavanderia	29
Buoni mensa	505
Vacanze in città anziani	464

SERVIZI DI ACCOGLIENZA RESIDENZIALE RIVOLTI ALLA POPOLAZIONE ANZIANA²⁰

Case di riposo	2006	2007	2008	Variazione 2008/07.v. ass	Variazione 2008/07.%
n. utenza media	428	404	402	-2	-0,5
di cui n. utenti non auto	298	290	268	-22	-7,5

²⁰ Il dato relativo ad utenti medi residenziali è riferito solo agli anziani per i quali il Comune contribuisce economicamente per integrazione della retta.

Case protette	2006	2007	2008	Variazione 2008/’07.v. ass	Variazione 2008/’07.%
n° utenza media	275	270	250	-20	-7,4
N° complessivo capienza	1.049	1.037	1.045	8	0,8

RSA	2006	2007	2008	Variazione 2008/’07.v. ass	Variazione 2008/’07.%
n° utenza media	80	69	72	3	4,3
N° complessivo capienza	304	341	364	23	6,7

Posti di sollievo/temporanei	2006	2007	2008	Variazione 08/07 v.a.	Variazione 08/07.%
N° complessivo capienza	33	35	38	3	8,6

Per quel che riguarda l'assistenza in struttura si è assistito ad una positiva riduzione del ricovero in Casa di riposo degli anziani in condizioni di non autosufficienza che hanno trovato una sistemazione più idonea in struttura con una più elevata intensità assistenziale sanitaria. In totale gli anziani inseriti in strutture a carico del Comune sono poco più di 724 nel corso del 2008, di cui 322 in Case protette ed RSA.

Nel 2008 l'offerta di posti residenziali protetti (Case Protette e RSA, posti di sollievo) nel Distretto è stata aumentata da 1.413 posti a 1.447. Il tasso di copertura, rispetto alla popolazione residente ultrasettantacinquenne, è salito dal 2,66% al 2,81% prossimo all'obiettivo del 3% indicato dalla Regione Emilia Romagna per questo tipo di assistenza.

A Dicembre 2008 i posti in centro diurno risultavano 271 (nel 2007 erano 237 con un aumento di 34 posti). Di questi, 62 posti, in 4 strutture, sono riservati al trattamento di anziani affetti da morbo Alzheimer. Gli utenti medi nell'anno sono stati 400 e complessivamente si sono registrate 46.955 giornate di presenza.

Realizzazione del Programma degli interventi a favore delle persone non autosufficienti (Fondo Regionale per la Non Autosufficienza)

Con la Legge finanziaria regionale per il 2005 la Regione Emilia Romagna ha istituito il Fondo regionale per la non autosufficienza (FRNA).

Negli anni 2005 e 2006, il FRNA è stato alimentato dalle spese che il Fondo sanitario regionale sostiene per gli oneri sociali a rilievo sanitario, vale a dire per: gli assegni di cura, riconosciuti alle famiglie in determinate condizioni di ISEE, che scelgono di assistere a domicilio i loro anziani non autosufficienti, impegnandosi ad attuare i programmi di cura suggeriti dall'Unità di valutazione geriatrica;

- una quota delle spese alberghiere in strutture protette;
- una quota delle spese alberghiere e di assistenza sociale nei centri diurni;
- una quota delle spese di assistenza sociale nei servizi di assistenza domiciliare.

La quota del Fondo utilizzata nel territorio del Distretto di Bologna, nel 2007, è di circa 30 milioni di euro, dei quali 12 milioni in più del 2007.

Con la quota incrementale del FRNA vengono anche promosse nuove opportunità assistenziali, finalizzate al supporto alle famiglie, per ridurre il loro carico di fatica e di disagio nell'accudimento della persona non autosufficiente che vive a domicilio, tra le quali:

- ricoveri temporanei e di sollievo,
- iniziative di emersione e qualificazione del lavoro di cura delle assistenti familiari,
iniziativa di sostegno delle reti informali di solidarietà

Negli ultimi anni pertanto una quota sempre più rilevante a favore di anziani non autosufficienti viene finanziata con risorse attribuite al Distretto di Bologna in sede del Fondo regionale per al non autosufficienza. I dati consuntivi all'anno 2007, riferiti al territorio del Distretto di Bologna (che coincidono con il comune capoluogo), evidenziano un'attribuzione di risorse al Piano delle attività per la non autosufficienza stimabile in circa 30,2 milioni di euro (dei quali 26,1 sono stati effettivamente impegnati durante lo scorso anno).

Nel 2007 la quota assolutamente prevalente delle risorse assegnate dal Fondo ed effettivamente utilizzate (23,3 milioni di euro su 26,1, pari a quasi il 90%) è stata destinata ad interventi a favore di persone anziane non autosufficienti ed in particolare a: - rimborso di oneri sociali a rilievo sanitario a favore delle famiglie delle persone non autosufficienti ricoverate in strutture residenziali (15,9 milioni di euro); - erogazione di assegni di cura (4,3 milioni di euro); - assistenza domiciliare e altri servizi a sostegno del programma individualizzato di vita e di cura (1,1 milioni di euro); - ricoveri temporanei e di sollievo (1 milione di euro); - centri diurni per anziani (0,8 milioni di euro); - sostegno delle reti sociali e prevenzione per anziani fragili (0,3 milioni di euro).

Nel 2008 è proseguito il programma, avviato nel 2007, a favore dei disabili e degli anziani, con un preciso impegno del Comune e del Distretto per il consolidamento della spesa storica, per finanziare con il Fondo lo sviluppo e l'innovazione in particolare per quel che riguarda la prevenzione della non autosufficienza e il

sostegno delle reti sociali, l'assistenza domiciliare e altri servizi a sostegno del programma individualizzato di vita e di cura, ricoveri temporanei e di sollievo, qualificazione delle assistenti familiari.

La rilevanza delle somme messe a disposizione dal Fondo regionale per interventi a favore di persone anziane non autosufficienti e delle somme previste nel Bilancio sanitario dell'Ausl di Bologna, impongono di pervenire quanto prima possibile ad un "bilancio consolidato" di questi interventi, che vada oltre i documenti contabili dei singoli Enti coinvolti e prenda in considerazione congiuntamente in modo integrato tutti gli interventi a favore degli anziani non autosufficienti residenti a Bologna.

1.3.6 Servizi per Disabili

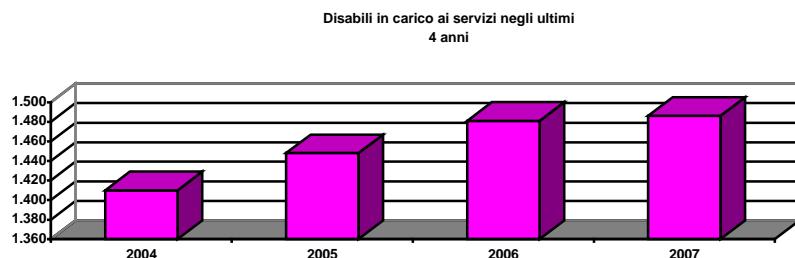
In ambito di disabilità le competenze per le attività socio-sanitarie sono dell’Azienda USL e del Comune. Le attività socio-assistenziali del Comune sono delegate all’AUSL - USSI Disabili Adulti.

Sono erogati dall’AUSL gli interventi volti a favorire la domiciliarità, quali l’assistenza domiciliare, gli interventi socio-educativi e riabilitativi, i contributi economici sostitutivi di servizio, i contributi economici per la mobilità e gli assegni di cura, gli interventi di trasporto (per favorire la fruizione dei servizi sociosanitari) e l’accompagnamento per disabili con ridotta capacità motoria, gli interventi per l’inserimento lavorativo, nonché l’accesso alla rete della residenzialità e semiresidenzialità.

Sono prioritariamente in capo al Comune gli interventi che possiamo definire in senso ampio dell’accessibilità, che vedono le competenze in capo a diversi Settori (Coordinamento Sociale e Salute, coordinamento Amministrativo Quartieri, Mobilità) e Quartieri: attività di informazione e orientamento, l’erogazione dei contributi economici per l’abbattimento di barriere architettoniche e adattamento auto, gli arredi ed ausili, i permessi sosta e accesso aree traffico limitato, gli interventi per l’adattamento domestico, i contributi economici per effettuare soggiorni e vacanze, le procedure amministrative per l’espletamento dei procedimenti relativi alla concessione dei benefici economici per invalidi civili, ciechi civili e sordomuti.

SERVIZI PER FAVORIRE LA DOMICILIANITÀ E ACCOGLIENZA RESIDENZIALE DELEGATI ALL’AUSL

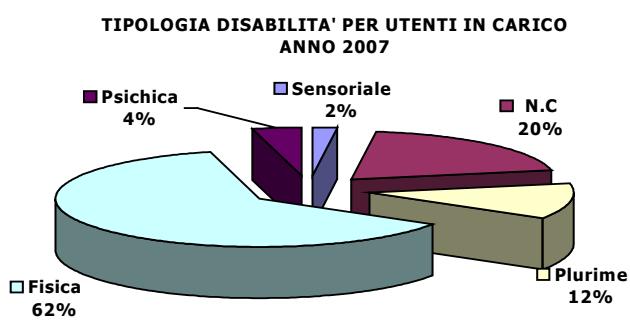
Nel corso del 2007 sono stati in carico all’USSI Disabili Adulti del Distretto Città di Bologna - Azienda USL di Bologna n° 1.482 persone adulte con disabilità (54,36% maschi e 45,64% femmine), di cui 156 sono nuovi ingressi, 122 sono i dimessi e 203 hanno più di 59 anni. Sono dunque in sensibile aumento le persone disabili in carico ai servizi (nel 2004 erano 1.417; nel 2005 1.444; nel 2006 1.480), in un quadro demografico che evidenzia una popolazione disabile sempre più anziana con un sensibile aumento della vita media (il 56,90% dei maschi e il 65,23% delle femmine ha più di 40 anni). Inoltre sono andate mutando le cause di insorgenza delle disabilità: mentre i casi di disabilità congenita sono in calo, le disabilità dovute a patologie invalidanti causate da incidenti sul lavoro o malattie e invalidità traumatiche conseguenti ad incidenti stradali sono in costante aumento. Questo trend pone, fra gli altri, un rilevante problema d’incremento e diversificazione degli interventi da mettere in campo per consentire alla persona non autosufficiente la permanenza nel proprio domicilio.



Grazie ad una collaborazione che stata attivata a settembre scorso l’USSI Disabili Adulti del Distretto Città di Bologna - Azienda USL di Bologna e il Settore Programmazione, Controlli e Statistica del Comune di Bologna, è stato possibile integrare l’archivio gestionale dell’AUSL con informazioni sul disabile desunte dall’anagrafe della popolazione residente mediante un linkage basato sul codice fiscale della persona (non riuscito in soli 62 casi).

Le variabili aggiuntive sono le seguenti:

- residenza in famiglia o in istituti di convivenza;
- numero di componenti della famiglia;
- tipologia familiare;
- quartiere di residenza;
- zona di residenza;
- area statistica di residenza.



Queste ulteriori informazioni, unitamente a quelle già presenti nell'archivio, hanno consentito di produrre un report statistico²¹, che mette al centro l'elemento territoriale della residenza del disabile (quartiere e zona) incrociandolo con le principali variabili demografiche (sesto, età, cittadinanza, ampiezza e tipologia familiare) e con il servizio erogato, tenendo presente che un medesimo utente può usufruire di più servizi.

Con riferimento ai 1.408 disabili in carico alla data del 30 giugno 2008 sono state pertanto predisposti degli approfondimenti territoriali che descrivono il profilo dell'utenza e servizi erogati di cui qui si riportano alcuni "stralci".

L'utenza in carico al 30 giugno 2008 risulta di n° 1.408, con aumento rispetto agli adulti in carico alla stessa data del 2006 (1.396). Pur a fronte di un progressivo decrentramento della popolazione target (18/64) si assiste, pertanto, ad un costante, progressivo incremento delle persone disabili in carico all'USSI Disabili Adulti.

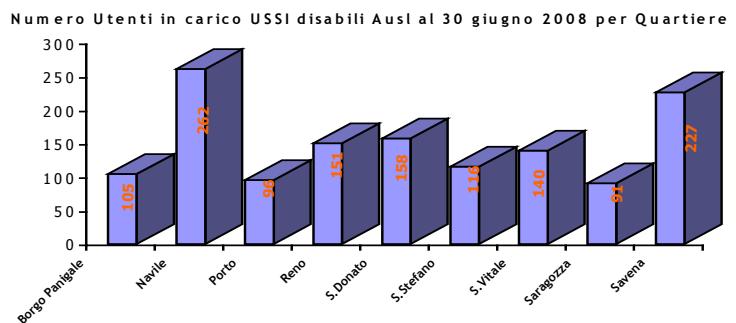
Inoltre si assiste ad un "invecchiamento" dell'utenza in carico e dei nuclei di riferimento.

Si precisa che una parte consistente degli utenti presentano un quadro complesso di pluripatologie, nel quale alla disabilità si accompagna la presenza di disturbi comportamentali che necessitano del potenziamento di interventi talvolta importanti sul piano assistenziale.

Va inoltre registrato l'accesso ai servizi di una "nuova tipologia" di utenza che presenta forme di disabilità acquisita, spesso in età adulta e di grave o gravissima entità, portatrice di bisogni assistenziali, riabilitativi ed educativi differenziati rispetto all'utenza storica presente nei servizi

Dal punto di vista degli interventi in atto la maggior parte degli utenti in carico viene seguita sul territorio, anche se il ricorso a strutture diurne o a strutture residenziali sta via via aumentando a causa, prevalentemente, dell'invecchiamento, sia della popolazione disabile, sia dei nuclei di riferimento che non riescono più a garantire il necessario supporto assistenziale e di cura.

Per quel che concerne la distribuzione territoriale vediamo che il maggior numero di casi in carico si concentrano a Navile (18,6%) e Savena (16,1%), che sono i Quartieri più popolosi della città.



DISABILI ADULTI ASSISTITI PER QUARTIERE PER PRINCIPALI TIPOLOGIE DI INTERVENTO DATI AL 30 GIUGNO 2008

Quartiere	N° disabili con Assistenza domiciliare	N° disabili con contributi economici	N° interventi socio-educativi	N° disabili in strutture semiresidenziali	N° disabili in strutture residenziali
Borgo Panigale	8	19	105	27	14
Navile	24	70	130	53	33
Porto	3	18	74	30	17
Reno	12	28	86	35	22
San Donato	5	42	67	38	18
Santo Stefano	13	20	59	34	14
San Vitale	11	32	84	37	15
Saragozza	6	19	45	26	22
Savena	22	40	123	71	26
Non indicato	2	6	18	10	32
TOTALE	106	294	791	361	213

²¹ Per approfondimenti al riguardo si rimanda alla pubblicazione integrale "Servizi e interventi per disabili" disponibile sul sito sul Sito del Settore Coordinamento Sociale e Salute del Comune di Bologna alla pagina <http://www.comune.bologna.it/sociale-salute/>

UTENTI DISABILI ADULTI IN CARICO USSI DISABILI AUSL PER TIPO DI INTERVENTI/SERVIZI TABELLA DI RIEPILOGO DEGLI ULTIMI QUATTRO ANNI				
Servizi	Anni			
	2005	2006	2007	2008 ²²
Utenti in Borsa Lavoro e inserimento lavorativo	258	243	258	164
Utenti con contributo economico in luogo di servizio	203	200	228	194
Utenti in assistenza domiciliare con finalità socio/assistenziale	134	148	126	106
Utenti con assegno di cura	76	76	74	77
Utenti con assegno di cura 2068	1	11	21	23
TOTALE DOMICILIARE	522	678	620	564
Utenti in strutture residenziali ²³	230	238	250	213
TOTALE RESIDENZIALE	230	238	250	213
Utenti in strutture o servizi semiresidenziali diurni ²⁴	411	404	432	361
TOTALE SEMIRESIDENZIALE	411	404	432	361

Dal raffronto tra gli utenti in carico in strutture residenziali e semiresidenziali si riscontra negli ultimi anni un sensibile aumento dell'utenza (ben 41 unità dal 2005 al 2007).

Più in generale, l'incremento del numero di utenti accolti in strutture semiresidenziali e residenziali è determinato in misura rilevante sia dall'invecchiamento degli utenti e delle loro famiglie, sia dal peggioramento delle condizioni di salute degli stessi.

INTERVENTI NELL' AMBITO DELL' ACCESSO

Gli interventi nell'ambito dell'accesso si possono suddividere in quattro sottogruppi²⁵:

- Accesso all'Informazione;
- Accesso alla concessione dei benefici economici per invalidi civili, ciechi civili e sordomuti
- Accesso all'ambiente domestico e urbano Utilizzo ausilii
- Accessibilità e la fruibilità delle opportunità tempo libero e turistiche.

Servizi per accesso all'informazione

Centro Risorse Handicap

Si tratta di uno Sportello informativo specializzato che gestisce una base dati divulgativa sulla disabilità in collaborazione con Enti e soggetti del Terzo Settore. Lo sportello ha un sito internet: www.handybo.it

Centro provinciale per l'adattamento dell'ambiente domestico (CAAD)

Il Centro svolge attività di informazione e consulenza gratuita per ogni adattamento nella casa utile all'autonomia di persone anziane e disabili, al loro mantenimento a domicilio il più a lungo possibile, a favorire il lavoro di cura di famigliari ed operatori sociosanitari.

Collabora alla realizzazione di progetti di adattamento domestico promossi dai servizi territoriali sociosanitari nell'ambito del FRNA tramite attività di consulenza ai servizi, al nucleo familiare e relativi tecnici progettisti a attività di valutazione dei progetti e della loro realizzazione concreta

Sportelli informativi	N° contatti	% sul totale
Centro Risorse Handicap (CRH)	975	-25,2%
Sportello Centro per l'Adattamento Ambiente Domestico (CAAD)	246	+10,3%
TOTALE	1.221	

²² dati sono relativi al 30 giugno 2008

²³ comprendono Gruppi appartamenti , Comunità alloggio, Residenze protette e Centri Socio/riabilitativi Protetti.

²⁴ i dati relativi alle strutture o servizi semiresidenziali diurni comprendono non solo i Centri socio riabilitativi, ma anche centri socio/occupazionali diurni o altri servizi equivalenti per il lavoro protetto.

²⁵ A questi tre si può aggiungere l'accessibilità e la fruibilità delle opportunità turistiche. A tal riguardo si segnala l'iniziativa a livello provinciale di redazione e diffusione di una guida al turismo accessibile

Sommando ai contatti presso lo sportello quelli relativi al connesso servizio CAAD (Centro per l'Adattamento dell'Ambiente Domestico), scorporati a partire da ottobre 2005 da quelli del CRH, si riscontra nel 2008 un aumento che fa da parziale contraltare al calo degli utenti CRH, portando la quota di utenti CAAD oltre il 20% del totale (negli anni precedenti ci si assestava intorno al 15%).

È necessario notare che il dato sul servizio CAAD qui riportato include sia gli utenti presi in carico in base alle statistiche ufficiali del CAAD di Bologna (160 utenti), sia le richieste più semplici pervenute al servizio via e-mail (86), che non vengono conteggiate tra gli utenti.

Richieste CRH anno 2008		
settore richiesta (principale)	N°	% sul totale
Ausili e tecnologie	77	7,9%
Agevolazioni fiscali	117	12,0%
Barriere architettoniche	104	10,7%
Informazione/documentazione	64	6,6%
Facilitazioni al lavorative	32	3,3%
Lavoro e Formazione professionale	25	2,6%
Metropoli / Lista mail	123	12,6%
Previdenza	99	10,2%
Riabilitazione	13	1,3%
Scuola	8	0,8%
Servizi socio-assistenziali	25	2,6%
Sport	9	0,9%
Terzo settore	5	0,5%
Trasporti	200	20,5%
Turismo/Cultura/Spettacolo	55	5,6%
Altro	13	1,6%
Dato non disponibile	3	0,3%
TOTALE	975	

Le categorie su cui si concentrano le richieste degli utenti si confermano i trasporti, che mantengono il primo posto assoluto con oltre il 20%, mentre scendono al terzo posto le agevolazioni fiscali, che vedono un forte incremento; va a tal proposito notato che molte richieste correlano le due categorie, trattando di sconti fiscali e contributi relativi all'adattamento di veicoli privati.

Si segnala un sensibile incremento delle richieste relative ad aspetti previdenziali, che unite alla categoria "facilitazioni lavorative" (riferita soprattutto ai permessi lavorativi ex L. 104/92, e fino al 2007 di fatto inclusa nelle richieste "Previdenza") superano il 13% e quindi raddoppiano la quota dell'anno precedente. In lieve calo, di contro, le richieste sulle barriere architettoniche in buona parte ora "coperte" dal CAAD), e soprattutto quelle relative a lavoro e formazione professionale. Le altre categorie non vedono variazioni percentuali rilevanti.

TIPOLOGIA UTENZA AL CRH	N° contatti	% sul totale
Disabile	245	25,1%
Familiare	455	46,7%
EELL Operatore	63	6,5%
EELL Funzionario/Amministr.	28	2,9%
Ass/Coop Operatore	24	2,5%
Ass/Coop socio	7	0,7%
Volontario	2	0,2%
Insegnante	5	0,5%
Studente	16	1,6%
Altro	63	6,5%
Dato non disponibile	67	6,9%
TOTALE	975	

Disabili e loro familiari, ovvero quella che si può considerare la "utenza finale" del servizio, superano insieme (per la prima volta) la quota del 70%, sia pure con un lieve decremento dell'utenza disabile più che compensata

dall'aumento dei familiari. La divisione del restante 30% circa vede un rilevante incremento degli operatori di Enti Locali, mentre calano operatori e soci dell'associazionismo e della cooperazione.

A livello Provinciale sono attivi tre Centri documentazione handicap con una ricca banca dati sui servizi per la disabilità e sulle tipologie di deficit che fanno parte del Progetto Rete regionale dei centri di documentazione per l'integrazione (CDI).

Accesso all'ambiente domestico e urbano - utilizzi ausili e accesso opportunità tempo libero

Servizi/Interventi	2005	2006	2007	Variazione 2007/'06 v. ass	Variazione 2007/'06 %
N° contributi abbattimento barriere/acquisto veicoli	138	131	67	-64	-48,8
N° utenti Contributi mobilità	347	333	270	-63	-18,9
N° utenti trasporto al lavoro	66	66	66	0	0
N° utenti Trasporto per fruizione Centri semiresidenziali	53	56	70	14	25
N° Tessere agevolate ATC erogate ²⁶	7.423	8.449	8.792	343	4
N° Contributi per vacanze e soggiorni estivi	258	248	248	0	0

Il Comune attraverso bandi pubblici annuali eroga diverse tipologie di contributi economici volti a rendere fruibili gli spazi abitativi e la città:

- Contributi per l'abbattimento delle barriere architettoniche nell'edilizia residenziale (Legge 13/89)
- Contributi per l'acquisto di ausili ed attrezzature per il domicilio di persone con disabilità erogati con fondi regionali (LR 29/97)
- Contributi per acquisto/adattamento di veicoli per persone con disabilità, sia per guidatori con patente speciale o disabili trasportati, erogati con fondi regionali (LR 29/97)

Ulteriori interventi per favorire la mobilità sono le Agevolazioni tariffarie per il trasporto pubblico ATC per disabili e anziani , Erogazione di contributi per il sostegno alla mobilità da utilizzarsi per forme di trasporto a scelta del cittadino per recarsi al lavoro o per usufruire di attività di tempo libero o cura e riabilitazione Servizio di trasporto ai Centri semiresidenziali e servizio di trasporto al lavoro(gli ultimi tre erogati da USSI disabili Adulti dell'Ausl)

Per quel che concerne accessibilità alle opportunità di tempo libero vengono erogati contributi alle famiglie per i soggiorni di vacanza cui possono accedere le persone con disabilità residenti nel Comune di Bologna, in età compresa fra i 18 e i 65 anni, e in carico ai servizi territoriali dell'Azienda USL Città di Bologna. Il contributo può essere utilizzato per effettuare un soggiorno terapeutico, montano o marino che può essere organizzato autonomamente con la propria famiglia o attraverso enti e/o associazioni che organizzano gruppi vacanza.

Per quel che concerne l'accesso alle opportunità di tempo libero si segnala la positiva iniziativa, a livello provinciale, della redazione e diffusione di una guida al turismo accessibile.

Accesso alla concessione dei benefici economici per invalidi civili, ciechi civili e sordomuti

Le posizioni di invalidità civile nella Provincia di Bologna	2005	2006	2007	2008	Variazione 2008/'07.v. ass	Variazione 2008/'07.%
Posizioni di invalidi civili ciechi e sordomuti in corso nell'anno	26.024	27.302	29.208	28.007	-1201	-4,1

Per i prossimi anni si ritiene necessario riflettere sulla natura delle prestazioni in esame e sul ruolo determinante che giocano nell'ambito del welfare locale. Storicamente la gestione della competenza attribuita alle Prefetture si è svolta con una funzione meramente assistenziale e non sufficientemente integrata nel contesto territoriale e sociale in cui il singolo e la sua famiglia erano inseriti. La scelta operata dal legislatore regionale di assegnare la funzione agli enti locali, ha lo scopo di inserire queste prestazioni in rete ed in sinergia con le prestazioni erogate dalle regioni e dagli enti locali, prospettando un ventaglio più ampio di proposte e di risposte ai bisogni.

²⁶ Si riferisce ad utenza anziana e disabile.

1.3.7 Lo Sportello Sociale

Nell'ambito del processo di riforma dei Quartieri, del decentramento e dell'innovazione complessiva dei servizi sociali ad ottobre 2008 hanno aperto gli Sportelli Sociali dei Quartieri, punti di accesso alla rete dei servizi socio-assistenziali, nell'intento di portare i servizi il più vicino possibile ai cittadini, promuovere la coesione sociale con servizi di comunità, semplificare il rapporto con gli utenti, che fino ad ora erano costretti a rivolgersi a "servizi diversi" a seconda dell'età e del tipo di bisogno.

Tutti i cittadini - adulti, anziani, disabili, minori e genitori - che hanno necessità di affrontare un bisogno e/o di presentare una richiesta di aiuto possono rivolgersi allo Sportello Sociale di Quartiere per ottenere e l'orientamento alle reti dei servizi informazioni sui servizi e gli interventi socio-assistenziali offerti dal Comune e sui criteri e i requisiti per accedervi. L'informazione fornita riguarda anche i servizi e le prestazioni dell'Azienda USL e di altri enti pubblici e privati che operano nell'ambito dei servizi sociali. È anche possibile fissare direttamente il primo appuntamento con l'Assistente Sociale per una consulenza professionale ed un'eventuale presa in carico.

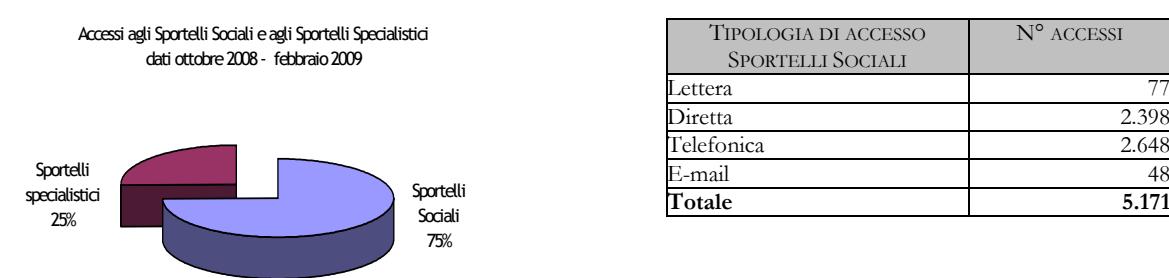
Gli sportelli attivati sono dieci, due presso il Quartiere Navile ed uno in tutti gli altri quartieri cittadini.

Rimangono comunque aperti alcuni sportelli specialistici, che hanno una valenza cittadina quali lo Sportello casa, Sportello lavoro, sportello specializzato disabili (CRH) e il Front office adulti Sportello protezioni internazionali e accoglienza immigrati.

Dati di accesso agli sportelli riferiti ai primi due mesi di attivazione degli sportelli sociali ottobre 2008 - febbraio 2009

TIPOLOGIA SPORTELLI	N° ACCESSI
Sportelli Sociali	5.171
Sportelli Specializzati presistenti	1.756
Totale accessi	6.927

SPORTELLI SPECIALIZZATI	N° ACCESSI
CRH	196
Sportello Immigrazione	1.470
Front Office adulti	90
Totale	1.756



TARGET UTENZA	N° ACCESSI
Anziani	3.154
Disabili	155
Adulti	770
Famiglia e minori	1.060
Immigrati	32
Totale	5.171

Per quel che riguarda la modalità di accesso possiamo rilevare da questi primi dati sugli Sportelli Sociali una predominanza dell'accesso telefonico (51,2%) seguito a breve distanza dall'accesso diretto (46,4%), decisamente basso l'accesso via e-mail (0,9%) che non stupisce però se confrontata con la tipologia di utenza che si è presentata, con una schiacciatrice predominanza di anziani (oltre il 61% degli accessi) tra le fasce di destinatari probabilmente quelli meno avvezzo all'utilizzo dello strumento di comunicazione informatico.

1.4 L'offerta di servizi sanitari

Di seguito vengono illustrati i principali dati di consumo della popolazione residente nella Città di Bologna con riguardo ai servizi sanitari.

1.4.1 Assistenza Domiciliare integrata

Utenti per 1.000 residenti per classe d'età a livello di attività assistenziale - 2007												
Livelli di intensità assistenza	Città di Bologna						Regione					
	00-14	15-64	65-74	75-84	85++	Totale	00-14	15-64	65-74	75-84	85++	Totale
Bassa intensità	0,10	0,66	4,88	27,35	75,76	7,00	0,17	0,77	7,87	38,02	103,44	7,81
Media intensità	0,33	1,24	12,98	61,55	142,17	14,68	0,28	0,67	6,28	24,90	64,54	5,27
Alta intensità	0,33	1,08	7,33	17,65	34,48	4,88	0,25	0,72	5,24	12,02	22,98	2,80
Non definibile	0,03	-	0,02	0,05	0,13	0,02	0,11	0,67	6,75	31,22	84,77	6,45
Totale	0,80	2,98	25,21	106,61	252,55	26,58	0,80	2,83	26,14	106,16	275,74	22,33

La Tabella riporta il livello di utilizzo del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata per i residenti. In particolare viene indicato il numero di pazienti seguiti in ADI per mille residenti (rapporto tra il numero di pazienti seguiti nell'anno e popolazione residente) distinto per livelli di intensità assistenziale. I livelli di intensità misurano la complessità sanitaria e socio-assistenziale dei casi assistiti in regime di cure a domicilio.

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

1.4.2 Assistenza Ospedaliera

Tasso standardizzato di ospedalizzazione per 1.000 residenti														
Tipologia del ricovero	Città di Bologna						Regione							
	00-14	15-64	65-74	75-84	85++	Tasso specifico	Tasso standardizzato	00-14	15-64	65-74	75-84	85++	Tasso specifico	Tasso standardizzato
Ordinario	79,38	96,64	223,80	369,77	541,70	157,36	143,81	69,53	92,17	218,59	345,07	470,72	136,30	136,22
Day Hospital	24,83	33,83	62,29	52,46	26,47	38,07	37,16	20,64	41,64	75,51	68,38	35,31	44,77	45,00
Totale	104,20	130,47	286,09	422,23	568,17	195,43	180,96	90,17	133,82	294,10	413,45	506,01	181,07	181,22

La Tabella riporta il tasso standardizzato di ospedalizzazione per i residenti e per regime di ricovero . Il tasso di ospedalizzazione è il rapporto tra il numero di ricoveri ospedalieri (regime ordinario e day hospital) dei residenti in una data area (regione, Azienda USL, distretto, etc.) e popolazione residente nella medesima area per 1.000 abitanti. Questo indice esprime genericamente il numero di ricoveri consumati per unità di popolazione e misura, pertanto, il livello di utilizzo delle strutture ospedaliere da parte della popolazione. I ricoveri sono quelli erogati a favore della popolazione in tutte le strutture pubbliche e private italiane.

Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna e mobilità passiva extraregionale

1.4.3 Assistenza Farmaceutica territoriale

Tipologie di patologie trattate	Spesa per residente (Euro) per le principali patologie - anno 2007										
	Città di Bologna						Regione				
00-14	15-64	65-74	75-84	85++	Totale	00-14	15-64	65-74	75-84	85++	Totale
Gastro-intestinale	2,26	20,62	71,59	85,89	78,79	34,27	1,27	16,59	60,83	75,22	72,74
Cardiovascolari	0,95	46,23	246,90	288,34	239,91	99,80	0,25	42,46	236,99	178,56	232,42
Muscoscheletriche	0,15	3,62	21,00	27,79	21,89	8,70	0,05	3,28	18,72	26,90	22,22
Nervose	2,02	20,47	32,76	37,84	34,02	22,46	1,20	15,89	32,39	43,71	40,71
Respiratorie	15,33	12,46	34,44	45,64	37,79	19,99	11,99	9,39	28,19	40,25	36,30
Totale	20,70	103,41	406,70	485,51	412,40	185,22	14,75	87,61	377,12	464,65	404,65
											152,47

La tabella riporta la spesa sostenuta per ogni residente, a livello distrettuale, aziendale e regionale per i farmaci destinati al trattamento delle principali patologie.

Fonte: Banca dati Regionale AFT (assistenza farmaceutica territoriale) - anno 2007

1.4.4 Pronto Soccorso

Codice di Accesso	Accessi al Pronto Soccorso non seguito da ricovero per 1.000 residenti - anno 2007											
	Città di Bologna						Regione					
	00-14	15-64	65-74	75-84	85++	Totale	00-14	15-64	65-74	75-84	85++	Totale
Cod. Bianco	146,36	113,83	97,60	87,01	57,05	110,08	107,53	62,55	50,70	51,69	41,46	65,42
Cod. Verde	459,94	316,86	232,43	280,86	299,66	316,82	306,64	246,48	229,49	299,03	336,15	259,45
Cod Giallo	54,27	60,21	89,33	153,49	204,79	78,82	15,27	15,03	24,85	39,75	54,99	19,47
Cod Rosso		0,61	1,36	2,11	1,79	0,84	0,13	0,35	0,95	1,75	3,43	0,60
Totale	660,57	491,50	420,74	523,46	563,30	506,56	429,57	324,41	305,99	392,21	436,03	344,93

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

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

1.4.5 Assistenza Specialistica ambulatoriale

Prestazioni	Indice di consumo per categoria aggregata per 1.000 residenti - anno 2007													
	Città di Bologna						Regione							
	00-14	15-64	65-74	75-84	85++	Tasso Specifico	Tasso standardizzato	00-14	15-64	65-74	75-84	85++	Tasso Specifico	Tasso standardizzato
Diagnostica	737	1.318	3.178	3.145	1.748	1.696	1.609	605	1.172	2.658	2.477	1.316	1378	1.383
Laboratorio	2.978	9.293	19.399	22.058	17.828	11.565	10.895	2.841	8.950	19.151	21.128	16.823	10.568	10.616
Riabilitazione	130	600	2.196	2.280	821	932	863	162	373	1061	951	425	473	475
Prestazioni Terapeutiche	108	314	1.057	1.227	698	495	458	104	303	1.030	1.198	747	447	448
Visite	845	1.112	3.197	4.217	2.772	1.733	1.613	749	1.019	2.742	3.336	2.142	1.405	1.407
Totale	4.798	12.638	29.026	32.927	23.866	16.422	15.439	4.460	11.817	26.642	29.089	21.453	14.271	14.328

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

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

1.5 Alcuni approfondimenti sul Profilo di Comunità

1.5.1 Profilo di comunità - alcuni dati di raffronto tra il Distretto Città di Bologna e il livello provinciale

Parte I - La comunità in cui viviamo

1. Profilo demografico

oggetto	dato	confronto con dato provinciale	note
<i>Variazione popolazione < 14 anni 2003-2007</i>	2003 - 34.277 2006 - 36.183 +5,6% <i>Andamento: costante crescita</i>	Inferiore al dato provinciale (+10,0%)	
<i>Variazione popolazione > 74 anni 2003-2007</i>	2003 - 46.282 2007 - 47.839 +3,4% <i>Andamento: costante crescita</i>	Inferiore al dato provinciale (+7,4%)	
<i>Nuclei familiari monoparentali con minori sul totale dei nuclei familiari 2001</i>	5,2%	Superiore al dato provinciale (4,7%)	
<i>Famiglie unipersonali composte da anziani soli (>74 anni) sul totale dei nuclei familiari 2001</i>	Maschi 3,2%	Superiore al dato provinciale (2,6%)	
	Femmine 14,7%	Superiore al dato provinciale (10,7%)	
<i>Popolazione straniera sulla popolazione totale 2007</i>	8,1%	Superiore al dato provinciale (6,9%)	
<i>Variazione incidenza popolazione immigrata sulla popolazione totale 2005-2007</i>	+1,4%	Superiore al dato provinciale (+1,0%)	
<i>Componente femminile della popolazione immigrata 2007</i>	50,9%	Superiore al dato provinciale (50,1%)	
<i>Minorenni della popolazione immigrata 2007</i>	19,0%	Inferiore al dato provinciale (19,2%)	

Parte II - Servizi, risorse informali, domanda espressa, domanda soddisfatta

1. Ambito sanitario - tossicodipendenza e alcolismo

Oggetto	dato	confronto con dato provinciale	note
<i>Tossicodipendenti in carico sul totale provinciale 2007</i>	1.584 su 3.503 45,2%		Utenti in carico ai ser.T Ovest, Est e Navile
	747 su 3.503 21,3%		Utenti in carico al carcere
	207 su 3.503 5,9%		Utenti in carico all'unità mobile
<i>Variazione tossicodipendenti in carico dal 2004-2007</i>	2004 - 1.448 2007 - 1.584 +9,4% <i>Andamento: discontinuo</i>	Inferiore al dato provinciale (+12,6%)	Utenti in carico ai ser.T Ovest, Est e Navile
	2004 - 522 2007 - 747 +43,1% <i>Andamento: discontinuo</i>		Utenti in carico al carcere

	2004 - 249 2007 - 207 -16,9%		Utenti in carico all'unità mobile
<i>Andamento: discontinuo</i>			
Alcolisti in carico sul totale provinciale 2007	545 su 1.130 48,2%		Utenti in carico ai ser.T Ovest, Est e Navile
	23 su 1.130 2,0%		Utenti in carico al carcere
Variazione alcolisti in carico 2004-2007 (2005-2007 per gli utenti in carico al carcere)	2004 - 480 2007 - 545 +13,5%	Inferiore al dato provinciale (+18,4%)	Utenti in carico ai ser.T Ovest, Est e Navile
	<i>Andamento: discontinuo</i>		
	2005 - 24 2007 - 23 -4,2%		Utenti in carico al carcere
<i>Andamento discontinuo</i>			

2. Ambito sociale e socio-sanitario

2.1. Area minori (di 18 anni)

Oggetto	dato	confronto con dato provinciale	note
Minori in carico sulla popolazione minorile 2006	4.405 su 45.585 9,7% Di cui il 46,0% stranieri	Superiore al dato provinciale (8,5%)	
Minori in affido familiare sul totale provinciale dei minori in affido familiare 2007	79 su 292 27,1%		
Minori in comunità sul totale provinciale 2006	205 su 390 52,6% Di cui 103 stranieri (50,2%)		
Minori in comunità: variazione % 2003-2006	2003 - 96 2006 - 205 +113,5%	Superiore al dato provinciale (+90,2%)	

2.2. Area anziani

Oggetto	dato	confronto con dato provinciale	note
Area domiciliarità			
Anziani con assegni di cura sul totale provinciale 2006	2.150 su 4.940 43,5%		
Anziani con assegno di cura sul totale pop >75 2006	4,0%	Inferiore al dato provinciale (4,3%)	
Anziani assistiti in SAD sul totale pop > 75 2006	3,0%	Inferiore al dato provinciale (3,2%)	
Anziani assistiti in AD oneri adi sul totale provinciale 2006	192 su 941 20,4%		
Anziani > 75 assistiti in AD oneri adi sul totale pop > 75 2006	0,4%	Inferiore al dato provinciale (0,8%)	
Anziani in dimissioni protette sul totale provinciale 2007	417 su 1.343 31,0%		
Area residenzialità			
Strutture convenzionate			
Posti convenzionati in strutture residenziali per non autosufficienti su popolazione > 75 2006	2,6%	In linea con il dato provinciale (2,6%)	
Soggetti in lista d'attesa per i posti residenziali sul totale provinciale 2006	1.001 su 1.803 55,5%		
Numeri anziani inseriti su posto convenzionato 2006	873		
Posti convenzionati in strutture semiresidenziali per non autosufficienti su popolazione > 75 2006	0,4%	In linea con il dato provinciale (0,5%)	
Strutture autorizzate			
Posti non convenzionati in strutture residenziali sul totale provinciale 2006	1.025 su 4.197 24,4%		
Posti non convenzionati in strutture semi residenziali sul totale provinciale 2006	77 su 359 21,4%		
Posti per accoglienza temporanea di	33 su 73		

<i>sollievo sul totale provinciale 2006</i>	45,2%		
---	-------	--	--

2.3. Area disabili

Oggetto	dato	confronto con dato provinciale	note
<i>Disabili in carico sul totale provinciale 2006</i>	1.480 su 3.262 45,4%		
<i>Variazione adulti disabili in carico 2004-2006</i>	2004 - 1.417 2006 - 1.480 +4,4% <i>Andamento: costante crescita</i>	Inferiore al dato provinciale (+9,1%)	
<i>Posti e utenti in strutture residenziali 2006</i>	Posti - 177 Utenti - 235		
<i>Posti e utenti in strutture semiresidenziali 2006</i>	Posti - 366 Utenti - 408		
<i>Utenti assegni di cura per disabili gravi sul totale provinciale 2006</i>	72 su 225 32,0%		
<i>Utenti assegni di cura per disabili con gravissime disabilità acquisite sul totale provinciale 2006</i>	16 su 79 20,3%		
<i>Utenti disabili adulti in borsa lavoro sul totale degli utenti in carico 2006</i>	11,4%	Inferiore al dato provinciale (15,5%)	
<i>Utenti disabili adulti in assistenza domiciliare riab-educ sul totale degli utenti in carico 2006</i>	54,4%	Superiore al dato provinciale (33,0%)	
<i>Utenti disabili adulti in assistenza domiciliare (SAD) sul totale degli utenti in carico 2006</i>	10,2%	Superiore al dato provinciale (9,7%)	
<i>Utenti disabili adulti in strutture residenziali sul totale degli utenti in carico 2006</i>	15,9%	Superiore al dato provinciale (13,2%)	
<i>Utenti disabili adulti in strutture semiresidenziali sul totale degli utenti in carico 2006</i>	27,6%	Superiore al dato provinciale (25,9%)	

3. Ambito educativo e socio-educativo

Oggetto	dato	confronto con dato provinciale	note
<i>Servizi educativi 0-3</i>			
<i>Bambini iscritti al nido a.s 2005/06</i>	3.032		
<i>Domande non soddisfatte sul totale delle domande presentate per il nido a.s. 2005/2006</i>	11,5%	Inferiore al dato provinciale (12,6%)	
<i>Bambini frequentanti servizi integrativi, educatrici familiari, educatrici domiciliari sul totale dei bambini frequentanti i servizi 0-3 a.s. 2005/2006</i>	8,6%	Inferiore al dato provinciale (9,6%)	
<i>Scuola d'infanzia</i>			
<i>Strutture private sul totale delle strutture a.s. 2006/2007</i>	24,6%	Inferiore al dato provinciale (28,4%)	
<i>Bambini disabili sul totale iscritti a.s. 2006/2007</i>	1,7%	Superiore al dato provinciale (1,3%)	
<i>Bambini disabili sul totale iscritti: variazione % 2003-2006</i>	+35,6%	Superiore al dato provinciale (+26,5%)	
<i>Bambini stranieri sul totale iscritti a.s. 2006/2007</i>	11,4%	Superiore al dato provinciale (10,1%)	
<i>Bambini stranieri sul totale iscritti: variazione % 2003-2006</i>	+41,0%	Inferiore al dato provinciale (+43,3%)	
<i>Scuola primaria</i>			
<i>Bambini disabili sul totale iscritti a.s. 2006/2007</i>	2,8%	In linea con il dato provinciale (2,7%)	
<i>Bambini disabili sul totale iscritti: variazione % 2003-2006</i>	+38,6%	Superiore al dato provinciale (+25,4%)	
<i>Bambini stranieri sul totale iscritti a.s. 2006/2007</i>	13,4%	Superiore al dato provinciale (11,8%)	
<i>Bambini stranieri sul totale iscritti: variazione % 2003-2006</i>	+64,7%	Superiore al dato provinciale (+57,6%)	
<i>Scuola secondaria di I grado</i>			
<i>Ragazzi disabili sul totale iscritti a.s. 2006/2007</i>	3,4%	Inferiore al dato provinciale (3,6%)	
<i>Ragazzi disabili sul totale iscritti: variazione % 2003-2006</i>	+19,3%	In linea con il dato provinciale (+19,2%)	

<i>Ragazzi stranieri sul totale iscritti a.s. 2006/2007</i>	12,3%	Superiore al dato provinciale (11,1%)	
<i>Ragazzi stranieri sul totale iscritti: variazione % 2003-2006</i>	+34,6%	Inferiore al dato provinciale (+51,4%)	
<i>Ripetenti: variazione % 2003-2006</i>	-31,4%	Inferiore al dato provinciale (-6,2%)	
<i>Scuola secondaria di II grado</i>			
<i>Ragazzi disabili sul totale iscritti a.s. 2006/2007</i>	1,7%	Inferiore al dato provinciale (2,0%)	
<i>Ragazzi disabili sul totale iscritti: variazione % 2003-2006</i>	+10,1%	Inferiore al dato provinciale (+23,8%)	
<i>Ragazzi stranieri sul totale iscritti a.s. 2006/2007</i>	7,7%	Superiore al dato provinciale (7,2%)	
<i>Ragazzi stranieri sul totale iscritti: variazione % 2003-2006</i>	+82,2%	Superiore al dato provinciale (+79,4%)	
<i>Ripetenti: variazione % 2003-2006</i>	+4,1%	Inferiore al dato provinciale (+9,0%)	
<i>Ritirati: variazione % 2003-2006</i>	+4,9%	Superiore al dato provinciale (-10,2%)	

4. Ambito formativo e lavoristico

Oggetto	dato	confronto con dato provinciale	note
<i>Utenti in cooperative sociali di tipo b sul totale provinciale 2005</i>	200 su 386 51,8%		
<i>Utenti in percorsi socio-occupazionali sul totale provinciale 2005</i>	282 su 1.169 24,1%		

5. Ambito abitativo

Oggetto	dato	confronto con dato provinciale	note
<i>Domande valide di Fondo sociale affitto: variazione % 2003-2006</i>	+28,4%	Inferiore al dato provinciale (+29,3%)	
<i>Richiedenti alloggi ERP sul totale provinciale 2006</i>	6.457 su 9.410 68,6%		
<i>Alloggi occupati sul totale degli alloggi 2006</i>	92,5%	Superiore al dato provinciale (92,2%)	
<i>Minori sul totale utenti ERP 2006</i>	16,4%	Inferiore al dato provinciale (17,4%)	
<i>Stranieri extra UE Assegnatari ERP sul totale assegnatari 2006</i>	6,7%	Inferiore al dato provinciale (7,5%)	

1.5.2 Breve sintesi “risultanze del profilo di comunità” dall’Atto di indirizzo della CTSS

Profilo demografico

- La popolazione aumenta seppur di poco. Il cambiamento maggiore riguarda le caratteristiche della popolazione: aumenta dopo anni di stagnazione la fascia 0-14 anni e contemporaneamente cresce anche la quota più anziana della popolazione (75+), cresce la popolazione immigrata residente (nel 2007 rappresenta il 6,9% della popolazione complessiva), di cui la metà sono donne segno di una ormai consolidata propensione alla stabilizzazione. Le stime per i prossimi anni prevedono un aumento del degli ultraottantenni, della fascia 0-14 anni e della componente immigrata; previsto invece un calo della fascia 30-44.

- Presumibilmente si manterranno vive le sfide generali cui deve rispondere il sistema di welfare bolognese: servizi per l’infanzia; connotazione multiculturale della scuola; servizi e interventi per ‘grandi anziani’, capacità di rispondere a bisogni sempre più differenziati culturalmente.

Cresce la speranza di vita, anche grazie a migliori cure e prevenzione

- Parti sempre più numerosi da mamme sempre più “attempate” e da donne straniere; mortalità neonatale in costante diminuzione ma contestualmente aumentano i nati fortemente sottopeso;

- Si vive sempre più a lungo, le donne continuano a vivere più degli uomini, ma il gap sta riducendosi; permangono differenze significative tra i Distretti specie nell’area montana.

- Assume un’importanza rilevante la quota di eventi mortali riconducibili a cause di morte evitabile (es. alcune patologie tumorali, AIDS, morti violente, ecc.) che pesano per più di un quinto della mortalità complessiva.

Ambiente e territorio

- Quanta strada ancora da fare in termini di qualità dell’ambiente, in particolare per la riduzione dell’inquinamento atmosferico e delle ‘micaidiali’ polveri sottili (PM10, PM2,5, NO₂, ozono anche nel 2006 non hanno rispettato i limiti di legge). Ad es. più che la quantità pare incidere sulla salute la composizione dei singoli inquinanti da cui la necessità di avere sistemi di misurazione adeguati; servono inoltre serie storiche di dati che consentano analisi più approfondite.

- Migliore la situazione per quel che concerne la raccolta differenziata dei rifiuti: il trend è in crescita.

- E’ importante incrementare la quota di verde pubblico e sostenere modelli di mobilità alternativi.

- La qualità dell’ambiente è strategica per la salute della popolazione, tuttavia non sempre i dati vengono aggiornati sistematicamente ed a volte risultano di difficile interpretazione, in quanto mancano indicatori di valutazione standard (es. verde per abitante, Km di piste ciclabili e loro effettiva percorribilità)

- Il traffico urbano privato incide negativamente e in modo preoccupante sulla salute e sul benessere complessivo della popolazione (ad es. disincentivando all’uso della bicicletta o a svolgere attività fisica all’aperto); alcuni soggetti ne risultano inoltre maggiormente colpiti (bambini in primis). Emerge che scelte individuali e decisioni pubbliche hanno una diretta influenza sullo stato dell’ambiente; a sua volta componente essenziale per il benessere e la salute di ciascuno. Una minor mobilità privata su gomma, l’utilizzo di combustibili a ridotto impatto ambientale anche per il riscaldamento di abitazioni ed edifici pubblici, un’ulteriore attenzione alla raccolta differenziata, alla qualità dei percorsi ciclopedinali e l’innalzamento della dotazione di verde per abitante, sono alcune fra le misure volte al miglioramento della qualità ambientale; fondamentale la sinergia fra azioni pubbliche e scelte individuali.

Salute e stili di vita

- Preoccupante la tendenza al consumo elevato di alcool e fumo soprattutto tra i giovani. Risulta rilevante anche la quota di popolazione che non svolge alcuna attività motoria e che non adotta sane scelte alimentari.

- Crescono le malattie cosiddette da benessere tra le quali in primis obesità e problematiche psicologiche, ma anche le malattie croniche quali il diabete, malattie respiratorie e le neoplasie; le malattie cardiovascolari diminuiscono, sebbene siano ancora la prima causa di morte in entrambi i sessi.

- Esistono differenze territoriali, sia per patologie cardiovascolari che per tumori, delle quali è bene tenere conto in sede di programmazione e di prevenzione. Certamente tali problematiche chiamano in causa politiche e risorse non solo sanitarie.

Gli incidenti stradali

- Anche se in leggera diminuzione gli incidenti stradali rappresentano oltre il 52% delle cause di morte rilevate in giovani tra i 15 ed i 24 anni, percentuale che resta alta anche per la classe di età tra i 25 ed i 44 anni (oltre il 15%).

- Gli incidenti sono più frequenti in provincia che in città, in connessione ad un uso maggiore dell’automobile e alle caratteristiche della rete stradale.

Casa: un problema per molti, risposte pubbliche per pochi

- Pressione abitativa: crescono le famiglie che necessitano di una casa (in quanto nuove famiglie o in quanto nuovi residenti, soprattutto cittadini stranieri). Allo stesso tempo cresce la difficoltà di accedere ad un’abitazione di proprietà per il costo elevato dei mutui o per l’assenza di garanzie economiche; difficoltà si registrano anche sul fronte delle locazioni: l’elevato costo dei contratti sta diventando sempre meno accessibile per alcune fasce di popolazione. Segno di tale difficoltà è l’aumento del numero di domande valide del fondo sociale per l’affitto.

- Le azioni messe in campo dal pubblico appaiono in questo settore ancora insufficienti (emblematico il numero di domande ERP insoddisfatte); non dimentichiamo che si tratta di un ambito da tutti riconosciuto come problematico non solo per le fasce di popolazione svantaggiate ma sempre più anche per il cosiddetto ceto medio. Molti ancora gli alloggi Erp non occupati

- Il dato che vede quasi il 70% delle famiglie abitare in case di proprietà (dato inferiore del 10% rispetto a quello indicato dall'Istat per il livello nazionale) non deve soddisfare. Occorre evidenziare la possibile connessione tra le condizioni abitative e le condizioni di salute. Inoltre: chi sono i 'non proprietari'? A livello nazionale l'Istat stima che il 75% di essi (4,3 milioni di famiglie) abbia redditi inferiori ai 20.000 euro annui trovandosi a sopportare un canone di locazione che incide per il 50% del reddito e che spesso siano famiglie di giovani coppie, anziani, immigrati.

La struttura economico-produttiva

- Tra le imprese prevalgono le piccole (1-9 addetti), che sono il 94% del totale
- I cittadini extracomunitari titolari di impresa si concentrano nella città di Bologna. Il 70% ca. degli imprenditori stranieri non comunitari proviene da Africa e Asia.

Uno sguardo al reddito: aumenta la forbice della ricchezza

- Negli ultimi anni si è registrata una maggior "ricchezza" complessivamente dichiarata che però è andata concentrandosi nelle disponibilità economiche di un numero relativamente più basso di percettori.

Forze lavoro: in provincia le donne lavorano più che altrove, tra contratti più flessibili e bassa disoccupazione

- La contrattazione atipica sembra assumere due facce: da un lato all'ingresso nel mondo del lavoro, come indica la proporzione di questi contratti siglati da lavoratori sotto i 35 anni, specie dalle donne; dall'altro all'uscita per quei lavoratori che, espulsi tardivamente dal mondo del lavoro e non ancora in età pensionabile, risultano non facilmente reimpiegabili con conseguenti difficoltà socio-reddittuali e possibili fenomeni di marginalità sociale.
- Complessivamente la situazione del mercato del lavoro suggerisce di prestare attenzione alla combinazione (che può oscillare tra sostenibilità e conflittualità) tra fattori lavorativi e fattori sia familiari (tipologia nucleo familiare, ruoli e culture di genere, carichi di cura, equilibrio tra tempo di vita e tempo di lavoro) sia istituzionali (offerta di politiche a sostegno della conciliazione e delle pari opportunità), con un'attenzione particolare agli effetti che si producono all'incrocio fra genere, età e provenienza. Non va dimenticato, infine, il ruolo essenziale delle imprese per un'efficace politica di conciliazione.
- Da non sottovalutare la stretta connessione tra la situazione socio-economica ed il benessere psicofisico della popolazione.

Infortuni sul lavoro: una situazione che migliora, ma differenziata territorialmente

- Vi sono meno incidenti sul lavoro nel bolognese rispetto al totale regionale. Il fenomeno assume connotazioni significativamente diverse a seconda del territorio. Le differenze territoriali all'interno della Provincia sono anche differenze nella tipologia di incidente.

- I cittadini stranieri sono più a rischio e gli incidenti che li riguardano sono in crescita.

'Clima' comunitario, relazioni sociali e qualità della vita

- I dati sulla criminalità in Provincia di Bologna: +12% tra il 2004 ed il 2005

- La percezione sulla sicurezza: calano i toni di allarmismo

- Il benessere di una comunità appare significativamente connesso non solo con i tassi di criminalità reali, ma anche con la percezione che i cittadini hanno del rischio nel proprio contesto di vita. L'analisi mostra un evidente divario tra i dati sulla percezione della sicurezza nel contesto bolognese e nel resto della provincia. Alcuni dei fattori che appaiono influire sul senso di insicurezza sono: le dimensioni territoriali, l'insicurezza economica, il ruolo dei media.

Il 'capitale sociale': la fiducia in se stessi e nella comunità: nuovi 'stili' e strumenti partecipativi

- Le indagini sul capitale sociale mostrano risultati molto positivi per la provincia di Bologna: le 'reti' formali ed informali tra i cittadini, antidoto a molti tipi di disagio che possono avere effetti negativi anche sulla salute psico-fisica dei cittadini, appaiono solide. Le forme partecipative individuali, tuttavia, stanno cambiando.

1.5.3 Due approfondimenti specifici: la realtà del Quartiere S. Donato e l'area urbana della stazione

La realtà del quartiere S. Donato

La realtà territoriale del Quartiere San Donato è caratterizzata da un numero elevato di case pubbliche (22% del patrimonio bolognese), concentrate nella parte anagraficamente più vecchia e nella parte più nuova, cioè il Pilastro (anni 60). E' importante sottolineare l'estrema varietà della tipologia abitativa presente nel quartiere. La zona più vecchia è caratterizzata da abitazioni destinate ad ospitare nuclei familiari poco numerosi, viceversa il Pilastro ha una tipologia abitativa destinata ad ospitare nuclei familiari con un numero di componenti elevato.

Questa elevata presenza di abitazioni di edilizia residenziale pubblica determina una composizione demografica la che esprime in primo luogo una elevata presenza di anziani con reti sociali ridotte, disgregate o assenti. Da sottolineare i dati di previsione demografica che all'interno di un trend di incremento complessivo della popolazione anziana evidenziano in particolare un aumento significativo della popolazione ultraottantenne.

Appare con forza la difficoltà delle reti familiari, sociali e di vicinato (minore estensione delle reti familiari, impegni di lavoro, minore senso di comunità e di solidarietà nei contesti abitativi) a farsi carico di bisogni assistenziali elevati o complessi.

Si allarga progressivamente all'interno del tessuto sociale la realtà degli anziani fragili (oggetto di particolare attenzione nella normativa regionale in un ottica di monitoraggio e di prevenzione e oggetto di analisi e programmazione territoriale congiunta tra Comune di Bologna, Ausl, CUP 2000 e Provincia di Bologna) cioè quegli anziani autosufficienti o parzialmente autosufficienti che vivono in una situazione di solitudine o di rarefazione delle reti familiari e sociali a cui sia associato uno o più fattori di fragilità funzionale, fragilità clinica, fragilità sociale.

Accanto alla sfera di bisogni legati alla disabilità e alla perdita di autonomia che trovano risposte in una rete consolidata di servizi socio assistenziali pur in continua evoluzione, emerge un'area di bisogni legati alla condizione di solitudine, di chiusura e al rischio di isolamento.

Altro elemento fondamentale da rilevare la forte presenza di persone immigrate: il quartiere San Donato è caratterizzato infatti da un forte insediamento di persone provenienti dalla ex Jugoslavia. La presenza di stranieri risulta in percentuale la più alta tra i quartieri di Bologna considerando la fascia di età 0-24 anni. In particolare, i dati statistici al 31/12/06 evidenziano che la zona del Pilastro si colloca sia tra quelle con una maggior percentuale di giovani (0-24 anni) stranieri sulla popolazione residente (18%) che sulla stessa popolazione straniera (33%).

Tale dato risulta molto rilevante nei termini di accesso e frequenza dei servizi educativi e scolastici: sono molte le famiglie che fruiscono e frequentano le strutture connotandole da un punto di vista multiculturale (a titolo esemplificativo nell'a.s. nel q.re 2007/08 il 60,7% alunni stranieri iscritti alla scuola infanzia sul totale iscritti). L'elemento della composizione multietnica dell'utenza potenziale e reale deve essere tenuta presente nella organizzazione e nell'offerta degli stessi servizi: accesso all'informazione (materiali in lingua straniera, necessità di mediazione linguistica), confronto e condivisione dei modelli di cura ed educativi, problemi di alfabetizzazione, problemi di conciliazione dei tempi di cura con quelli di lavoro, conflitti inter - generazionali nella gestione dell'educazione dei bambini.

Il profilo di comunità cittadino che descrive linee di cambiamento quali l'aumento della popolazione della fascia 0-14 anni e la crescita della popolazione immigrata residente orientano le priorità di lavoro da una parte verso il consolidamento dei servizi educativi pre-scolari, dall'altra verso lo sviluppo di servizi per la fascia degli adolescenti con un'attenzione trasversale nei confronti della multiculturalità.

Negli ultimi anni sono accaduti episodi che hanno messo al luce il problema del così detto disagio adolescenziale ("bande", numero elevato di minori in carico ai servizi sociali, dispersione scolastica, disagio psicologico): problematiche che hanno portato ad elaborare, nel nostro quartiere, una progettualità che prevede azioni a favore dell'adolescenza e dei giovani. Nello specifico accanto ai gruppi socio-educativi, che prevalentemente accolgono minori per i quali si prevede un progetto educativo individualizzato, sono stati aperti a partire dal 2007 due centri di aggregazione che hanno ospitato progetti rivolti a ragazze/i, a partire dagli 11 ai 20 anni circa.

E' stata rilevata una forte partecipazione alle attività programmate da parte di adolescenti stranieri che vediamo essere presenti in modo significativo nel nostro quartiere e negli spazi pubblici.

Si tratta quindi di tenere presente bisogni differenti nella erogazione del servizio che possano rispondere da una parte a necessità di cura e presa in carico, dall'altra possano raggiungere i minori e sensibilizzare le loro famiglie in un'ottica di promozione dell'agio e del benessere per attuare interventi di prevenzione partendo dall'età precoce.

Alla luce di queste considerazioni diventa prioritario il lavoro di rete e di equipè interdisciplinare al fine di non segmentare la crescita del bambino nel passaggio evolutivo da una fase di sviluppo all'altra, da un servizio all'altro, e di mantenere insieme i diversi sistemi che interagiscono fra di loro (famiglia, scuola, extrascuola, ecc.)

Il patrimonio abitativo pubblico determina anche una notevole presenza di situazioni di disagio relative alla fascia adulta annoverando situazioni socialmente molto problematiche, causate da rischi di devianza sempre più

elevati, da un precariato che si traduce molto spesso in nuova povertà, dalla perdita del potere di acquisto dei salari e, nei casi più gravi, dalla dipendenza da alcol e stupefacenti e da rilevanti problemi psichiatrici. Questa concentrazione di problematiche socio-sanitarie ha fatto sì che le risposte del pubblico, con le poche risorse date, fossero concentrate sulle situazioni di marginalità più evidenti ed eclatanti.

Come ulteriore elemento di criticità in questa fascia di età è il fatto che le competenze assistenziali sono frammentate tra diversi Servizi, in buona parte dell'AUSL (specializzati per problematiche sanitarie) e che il Servizio Sociale Adulti, peraltro finora gestito in convenzione con una cooperativa sociale è rimasto finora avulso da una specifica connotazione territoriale e da un lavoro integrato con le realtà associative e di volontariato del Quartiere.

La compresenza di queste peculiarità rende San Donato un quartiere estremamente complesso e con bisogni sociali differenti e vi è una progressiva difficoltà del territorio ad esprimere una disponibilità di volontariato adeguata alla complessità della situazione sociale e al bisogno di sostegno e di relazione rilevato. Ciò non toglie che il quartiere abbia anche in sé una rete potenziale di solidarietà costituita dalle tante persone che vivono e agiscono sul territorio e dalle realtà associative che vi operano. L'obiettivo prioritario rimane, pertanto, quello di favorire la realizzazione di questa rete e di esserne un elemento propulsivo

Il quartiere, inoltre, può essere idealmente diviso in tre parti: La zona di "San Donato vecchia", la zona di San Donino e il Pilastro. Ognuna di queste zone è caratterizzata da differenti bisogni in funzione della tipologia abitativa insediata.

I bisogni e l'offerta del quartiere - Il Pilastro

Il Pilastro è caratterizzato da un numero elevato di case popolari di ampia metratura e da case di proprietà insediate nella parte più nuova (Via Larga). Parte del patrimonio pubblico è stato alienato agli assegnatari insediatisi negli anni sessanta, venendo così a creare condomini misti che pongono problemi gestionali non trascurabili. Infatti il turn over nelle assegnazioni ha fatto sì che si creassero condomini in cui sono presenti nuclei familiari composti di uno, due, tre componenti che hanno acquistato la casa, e nuovi assegnatari, di norma stranieri, i cui nuclei hanno un numero di componenti molto elevato. La diversità di stili di vita, di comportamenti e il non rispetto delle regole della civile convivenza crea una elevata conflittualità nel territorio. La presenza di questo patrimonio abitativo ha creato molte criticità nella vita della comunità del Pilastro.

Un altro elemento di fragilità del territorio, che nel contempo è anche uno dei suoi punti di forza, è costituito dalla scuola. All'interno del villaggio sono presenti un asilo nido, un piccolo gruppo educativo, due scuole materne, una elementare ed una scuola media. La maggior parte degli alunni sono stranieri. La percentuale è tendenzialmente crescente con la crescita del livello scolastico, contestualmente anche la richiesta di nido e soprattutto di scuola infanzia. Un elemento che ha sicuramente contribuito a creare questa situazione è stato il progressivo abbandono da parte degli autoctoni delle scuole del villaggio.

Il perdurare negli anni di queste criticità ha fatto sì che all'interno delle scuole si sviluppasse una specifica conoscenza legata alle problematiche del disagio e del rischio di devianza adolescenziale importante. Il sistema delle risorse investite da tutte le istituzioni per dare una risposta positiva ai bisogni evolutivi e formativi è stato sicuramente importante ed ha dato segnali positivi.

Un altro elemento positivo del territorio è rappresentato dai servizi presenti in esso. La presenza del poliambulatorio e dei servizi in esso contenuti rappresenta un importante tassello per dare le risposte sociali di cui il territorio necessita.

Va poi sottolineato il ruolo delle associazioni presenti sul territorio, estremamente importanti per la tenuta sociale comunitaria. In questo contesto è importante sottolineare le iniziative culturali promosse dalla biblioteca e dal circolo la Fattoria e il ruolo svolto a promozione della cultura ambientale nei confronti dei bambini dal centro Agreste, ora in evoluzione come Fattoria Didattica.

I bisogni e l'offerta del quartiere - San Donnino

Questa è sicuramente la parte del territorio che dal punto di vista sociale presenta minori problematicità. Il patrimonio pubblico è marginale rispetto a quello di proprietà e quindi i problemi connessi alla presenza di criticità sociali è quello che ne presenta di meno.

Si rileva la presenza di alcuni elementi critici, connessi alla presenza della Fiera, della Tangenziale, del Centro Meraville e alla scarsa presenza di verde fruibile per gli abitanti della zona che ha portato alla necessità di creare la fascia boscata.

I bisogni e l'offerta del quartiere - La parte storica

La parte storica è caratterizzata da un indice di vecchiaia superiore alle altre parti del quartiere, da un patrimonio abitativo in gran parte obsolescente e con evidenti barriere architettoniche. Anche in questa parte del territorio una delle criticità è la politica della casa. Le crescenti problematicità della nostra società, causate

da rischi di devianza sempre più elevati, da un precariato che si traduce molto spesso in nuova povertà, dalla perdita del potere di acquisto dei salari e delle pensioni, ha fatto sì che le risposte del pubblico, con le poche risorse date, fossero concentrate sulle situazioni di marginalità crescenti. Questo ha aumentato il senso di insicurezza nelle fasce più deboli, che in questo momento possiamo affermare che sono le persone più anziane insediate nei territori più problematici. In questa parte del territorio sono sempre più presenti forme di solitudine e di abbandono, che in molti casi non sono neanche conosciute dai servizi territoriali. In questa parte di territorio sono sempre meno le forme di solidarietà e di mutuo soccorso dato il rapido invecchiamento dei residenti.

Dall'altro cresce il senso di insicurezza dovuto all'insediarsi di fenomeni di marginalità quali la presenza di punk a bestia, e di illegalità quali lo spaccio ecc. Il contesto venutosi a creare ha incrementato l'isolamento delle persone residenti nella zona. In questa parte del territorio si è finalmente realizzato un presidio socio-sanitario importante rappresentato, dal poliambulatorio "Chersich" di via Berolado.

Uno degli elementi che caratterizza il quartiere è la presenza del centro interculturale Zonarelli. Il centro, con le realtà associative afferenti ad esso e il forum degli immigrati, rappresenta una delle esperienze migliori nel campo dell'interculturalità. In questi anni il centro interculturale ha collaborato con il quartiere per migliorare la qualità della vita del territorio nel quale è insediato. Sono da sottolineare le azioni svolte dalle realtà presenti nel centro in sinergia con le scuole presenti del territorio.

L'area urbana della stazione

La Stazione di Bologna è inserita in un contesto urbano che è corretto considerare come appartenente alla città storica poiché davanti ad essa si trovano, oltre ad importanti e qualificate strutture alberghiere, Piazza XX Settembre con il monumento del cassetto di Porta Galliera, la scalinata del Pincio e Via dell'Indipendenza che porta nelle Piazze Nettuno e Maggiore, cuore e salotto della città.

In pratica costituisce la principale porta d'accesso alla città storica.

Questa caratteristica accentua certamente la percezione di insicurezza e degrado connessi alla presenza costante e numerosa di persone portatrici di gravi forme di disagio sociale: senza dimora, alcolisti, psichici e dipendenti da sostanze.

Ogni stazione è un luogo di incontro e ritiro per chi non vuole, o non riesce, stare alle regole condivise della società, per traffici illegali, per persone che cercano un riparo diurno e notturno e un'opportunità di sopravvivenza.

La tollerabilità della convivenza è spesso garantita dalla transitorietà e provvisorietà della relazione tra i cittadini integrati viaggiatori e i cittadini emarginati stanziali, un luogo che finisce per essere così recettivo di marginalità e devianza.

Nella zona della stazione di Bologna si stanno però ponendo sempre più problemi di sicurezza che impattano fortemente anche sulla popolazione residente, le attività economiche, i servizi educativi circostanti rendendo necessari interventi quali, ad esempio, la recinzione nell'area cortiliva della scuola d'infanzia De Amicis, per creare un corridoio di sicurezza funzionale ad ovviare il rischio di contatto dei bambini con le siringhe gettate dall'esterno.

Proprio il perdurare e l'aggravamento dei problemi in tutta questa zona che dalla Stazione si estende verso il centro città (Viale Pietramellara, Piazza XX Settembre, Via Gramsci, Via Amendola, Piazza dei Martiri, Via Del Porto, Via Galliera e Piazza S. Giuseppe) ha portato il Quartiere di riferimento (quartiere Porto) ad approfondire l'analisi delle problematiche, avvalendosi delle testimonianze significative di operatori che prestano la loro opera professionale e volontaria sull'area della marginalità sociale e del degrado in stazione e nelle zone limitrofe, per trovare delle possibili soluzioni.

L'analisi a messo in luce come i problemi della stazione siano caratterizzati da problemi di marginalità "dentro" e di marginalità "fuori", diversi e indipendenti tra di loro.

Chi fruisce della assistenza dei gruppi di volontariato sociale, "dentro", è una utenza prevalentemente immigrata, senza fissa dimora, alcolista (i più problematici) e/o psichiatrica; queste persone rappresentano forse la parte più stanziale dei frequentatori della stazione, cioè coloro che considerano quella la "loro casa".

Inoltre le testimonianze raccolte tra i volontari e gli operatori sottolineano come, in questi anni, più che un aumento quantitativo dei problemi, si sia verificato un loro cambiamento qualitativo con l'arrivo massiccio di immigrati, clandestini e non.

Oggi, dentro la stazione, i fruitori degli aiuti del volontariato possono arrivare, specie nei giorni festivi, fino a punte di quasi 100 persone tra stanziali e frequentatori temporanei che dopo aver fruito dei servizi tornano sui loro passi. Si stima però che la presenza effettiva di persone che "vivono" nell'area ferroviaria sia decisamente più alta e che parte di questa popolazione non sia necessariamente conosciuta agli operatori che lì prestano la loro opera volontaria e/o professionale.

La marginalità “fuori”, nella cerchia delle immediate vicinanze, invece è prevalentemente dovuta allo spaccio e alla tossicodipendenza mentre, allontanandosi un poco dal perimetro della stazione, si ritrova un’ampia presenza di soggetti le cui criticità rappresentano la somma del “dentro e del fuori”.

La distinzione tra la presenza di una utenza disagiata di tipo più stanziale tra i fruitori dei servizi ed una, invece, con carattere più temporaneo, porta necessariamente ad una seconda distinzione fondamentale che riguarda la diversa tipologia dei bisogni che questa utenza disagiata pone a seconda che si tratti di immigrati, tossicodipendenti, senza fissa dimora, persone con patologie psichiatriche, alcolisti, nuovi poveri.

Per risolvere le diverse problematiche sarà pertanto indispensabile potenziare una molteplicità di risposte: servizi di accoglienza, servizi di risposta a bassa soglia di accesso, servizi di presa in carico.

La complessità del fenomeno deve spingere a sperimentare anche esperienze innovative già attuate in altre grandi città (Torino e Roma), come ad esempio un Help Center in un’area facilmente accessibile della stazione, quale punto di primo contatto e di informazione per questa tipologia di utenza sia di orientamento e aggancio ai servizi sociali e sanitari.

Un’altra pista di lavoro potrebbe riguardare la creazione di “**poli di aiuto integrati**”, punti informativi su percorsi di recupero e integrazione con la caratteristica di operare in una logica di rete prevedendo l’attivazione delle diverse professionalità sociali e sanitarie (di Comune e Ausl), il coinvolgimento delle Associazioni del Volontariato impegnate sul campo e dei servizi di mediazione sociale/culturale (sul modello dell’esperienza già realizzata dal Quartiere Porto con il progetto volto ad alleviare criticità dovute a forme di disagio presenti in zone circostanti due centri sociali per anziani del quartiere, con l’attivazione di un mediatore sociale mobile sul territorio “trait d’union” fra i responsabili dei centri e le persone in difficoltà).

È inoltre importante, in una logica di servizi alla persona, considerare *anche che possa esservi un limite del bacino di utenza in difficoltà che richiede una risposta assistenziale*, oltre il quale le risorse disponibili non bastino più a garantire la qualità dei risultati e, dunque, l’efficacia della stessa presa in carico. A risorse date o calanti, cioè, non porsi alcun limite nella presa in carico degli utenti espone al rischio che alla risposta assistenziale segua l’abbandono dell’utente, che così si ritrova solo a dover lottare con i suoi problemi con la conseguenza dell’effetto “porta girevole”: utenti che tornano e ritornano a richiedere aiuto aggiungendosi a quelli nuovi.

Bisogna agire, infine, facendo leva non più su un concetto di mera assistenza fine a se stessa, ma orientare il concetto stesso di presa in carico ad un maggiore senso di responsabilizzazione degli utenti verso se stessi e la comunità nella quale vivono.

In questo senso occorre quindi introdurre nella filosofia dei servizi rivolti alle utenze “critiche” un qualche criterio di selettività capace di stimolare la promozione degli individui, non fermarsi ad una concezione di puro assistenzialismo, peraltro percepito dagli utenti come diritto pienamente esigibile senza condizione alcuna.

2. Linee di intervento che attuano l'integrazione delle politiche

Se da un lato si deve ancora completare il percorso per definire quale sia l'ambito di azione delle politiche sociali (i livelli essenziali delle prestazioni), dall'altro occorre sviluppare l'integrazione tra le politiche messe in campo dal Comune e dagli altri soggetti, istituzionali e no, che aderiscono al Piano della salute e del benessere.

Nell'attuazione dell'ultimo Piano di zona si erano poste le premesse per rilevanti azioni di integrazione delle politiche, ma i risultati sono andati oltre alle aspettative. Le esperienze più significative hanno riguardato:

- l'integrazione tra sistema dei servizi sociali e AUSL; attraverso lo sviluppo degli organismi comuni di governance (Comitato di Distretto, Conferenza territoriale sociale e sanitaria) e degli organismi di supporto (Ufficio di Piano, Tavoli tematici di coordinamento, Ufficio di supporto alla CTSS). Il Fondo regionale per la non autosufficienza ha poi favorito una comune progettualità per le persone anziane e disabili, prive di autonomia;
- l'integrazione tra sistema socio sanitario e sistema educativo scolastico, che oggi è presente sia negli organismi locali di governance che negli organismi di supporto e che nel biennio 2007 - 2008 è stato interessato al medesimo processo di riforma (decentralmento ai quartieri, costituzione di servizi educativi territoriali socio-educativi, committenza alle ASP di rilevanti interventi educativi);
- la partecipazione dei dirigenti e degli specialisti del sistema sociosanitario alla programmazione del primo Piano Strutturale Comunale, dove è stato dato un significativo contributo a definire il bisogno residenziale nelle sue più svariate accezioni, in una città multiculturale, che invecchia, ma allo stesso tempo accoglie ogni anno 10.000 nuovi residenti (dalla domanda di case in affitto alle aree attrezzate per i nomadi, alle strutture per anziani e disabili);
- la collaborazione tra servizi sociali e settore sicurezza, in una logica della promozione della accoglienza, della coesione sociale, della mediazione, della costruzione di una corretta percezione di sicurezza. Questo ambito di azione è sicuramente difficile, ma ha portato a risultati eclatanti: il completo superamento degli insediamenti abusivi, spesso di rom, e delle aree e strutture di accoglienza provvisorie. Il risultato è stato possibile solo attraverso il contestuale sviluppo di una offerta di appartamenti in affitto e di aiuti economici per sostenere questo onere, a favore delle persone interessate.

Sono state anche avviate sperimentazioni di Valutazione di impatto sulla salute, collaborazioni ancora episodiche con il sistema culturale (sala Borsa, iniziative multiculturali), il sistema sportivo (attività motoria per gli anziani, iniziative estive per gli adolescenti), il sistema dei trasporti pubblici (l'accessibilità, la sicurezza, le presenze scomode nella stazione), l'edilizia pubblica e privata (superamento delle barriere architettoniche). Sovrapposte le sinergie operative tra diversi ambiti di intervento sono maturate nei Quartieri.

Il Piano triennale del benessere 2009-2011 non può quindi che basarsi sullo sviluppo della integrazione già avviata, tra politiche riguardanti ambiti diversi di intervento, sia a livello di programmazione, che di realizzazione e di valutazione. Occorre completare la integrazione dei sistemi sociale, sanitario, educativo e scolastico, sia a livello operativo (sistemi di accesso, sistemi informativi, procedure operative...), sia attraverso lo sviluppo degli organismi di governance (per una programmazione, una regolazione e una committenza comune e coerente) che degli organismi comunali di supporto (Ufficio di Piano, che si sviluppa come strumento condiviso, per supportare gli organi centrali e decentrati del Comune, il Comitato di Distretto e la Direzione del Distretto).

Per potere raggiungere più ampi risultati di integrazione delle politiche e obiettivi più rilevanti nella promozione del benessere della popolazione, occorre condividere una metodologia di valutazione dei bisogni e di programmazione integrata e proporre alcune chiavi di lettura degli aspetti prioritari.

Da molti anni Bologna aderisce al movimento dell'Organizzazione Mondiale della Sanità "Città Sane", ricoprendo attualmente la presidenza italiana dell'associazione. La metodologia che è stata perfezionata negli anni, consente di leggere la realtà locale nella sua complessità, individuare le opportunità e le criticità, promuovere azioni di promozione del benessere con il coinvolgimento di tutti i soggetti disponibili. Nonostante che questa metodologia goda di ampio credito in ambito scientifico e istituzionale, proprio nella città che è stata il motore per la sua diffusione in Italia, occorre far sì che venga pienamente accreditata come lo strumento per l'integrazione delle politiche, del Comune di Bologna e della rete locale istituzionale e non profit. Occorre quindi promuovere questa metodologia, utilizzandola quindi come strumento di lettura dell'ambiente fisico, urbanistico, sociale e culturale per individuarne i punti di forza e di debolezza e per mettere in campo efficaci politiche intersettoriali. La valutazione di impatto sulla salute può integrare questa metodologia in occasione dei piani e dei programmi più impattanti.

Le priorità da proporre per uno sviluppo dell'integrazione delle politiche sono state ben evidenziate durante il lungo percorso di elaborazione del Piano per la salute e il benessere:

- la lotta alla povertà e all'esclusione sociale, ambito di impegno consolidato che però si era sviluppato in una città economicamente e produttivamente avvantaggiata. Oggi lo scenario sta cambiando e gli indirizzi, gli strumenti, le sinergie sperimentate non bastano più, ci si trova impreparati ad affrontare le difficoltà

occupazionali, produttive, familiari, e quindi servono rapidamente indirizzi adeguati e una mobilitazione più estesa;

- la promozione della coesione sociale e della sicurezza, in una città che nel prossimo triennio cambierà il 10% dei residenti e che continua ad attrarre non solo lavoratori e studenti universitari, ma anche persone problematiche, con la falsa visione di una accoglienza senza limiti e senza regole. La cultura dell'associazionismo, della solidarietà, dell'impegno, assieme agli interessi sociali e culturali, tradizionale a Bologna, dovrà essere sostenuta e sviluppata per favorire il consolidamento del senso di appartenenza e l'integrazione socioculturale;

- la promozione degli adolescenti e dei giovani, che pongono complesse problematiche per un futuro in cui le certezze sono meno definite e la competizione impedisce a fasce significative di popolazione l'accesso al lavoro e la sostenibilità di scelte familiari e procreative.

Per compiere l'evoluzione, necessaria per sviluppare l'integrazione delle politiche, il sistema sociosanitario deve completare l'integrazione con il sistema educativo-scolastico e adeguare gli strumenti di governance, coordinamento, coprogettazione e valutazione, aprendo in via permanente i Tavoli tematici di coordinamento ai rappresentanti del terzo settore e attivando o partecipando a gruppi di lavoro con rappresentanti di altri ambiti di intervento, per programmare politiche ed azioni comuni. Si dovrà prestare attenzione al mantenimento di una netta distinzione tra funzioni di indirizzo/controllo e funzioni di gestione/supporto specialistico.

L'esercizio di questa funzione di integrazione passa anche attraverso la realizzazione di progetti che si fondano sul contributo di tutti i soggetti/attori del territorio come ad esempio nell'ambito del Progetto del Parco Città Campagna, realizzato dal Quartiere Borgo Panigale, in collaborazione con l'Ausl volto alla promozione delle Associazioni e delle Imprese dell'agricoltura biologica e biodinamica, della Cooperazione Sociale B bolognese, nel comune obiettivo di creare e sviluppare attività socio - sanitarie, *ecologiche e produttive* attraverso l'affidamento, il recupero, la valorizzazione e la tutela delle aree di pianura interessate dal progetto.

Le attività di imprenditoria sociale attraverso la produzione agro-zootecnica biologica e la commercializzazione agricola ecosostenibile e partecipata dai cittadini, lo sviluppo di attività di ristorazione e di educazione al consumo alimentare e al rispetto dell'ambiente, le attività didattiche, formative e culturali collegate, possono essere generatrici di processi di risanamento ambientale, di coesione e d'integrazione sociale, di ristabilimento dell'equilibrio tra uomo e natura *per la salute fisica e mentale e di formazione e d'inserimento al lavoro per le persone con disagio psichico*, in stato di dipendenza, disabili e con disagio sociale.

Occorre anche consolidare e dare maggiore sistematicità ai percorsi di concertazione con le organizzazioni sindacali, ampliando l'orizzonte del confronto oltre all'ambito specifico sociosanitario. In parallelo occorre costruire percorsi permanenti di coinvolgimento delle categorie produttive e del terzo settore.

Dopo una stagione di riforme istituzionali e organizzative, il focus delle politiche si volge ora alla riprogettazione dell'offerta dei servizi, sulla base di una più adeguata conoscenza dei fenomeni sociali, economici, demografici e culturali, per cogliere meglio i bisogni prioritari della comunità, in una visione dinamica dello scenario futuro.

3. Strumenti dell'integrazione gestionale e professionale

GLI STRUMENTI DI GOVERNANCE INTEGRATA: IL COMITATO DI DISTRETTO E L'UFFICIO DI PIANO

Il tema della semplificazione e integrazione degli strumenti di programmazione presenta a livello distrettuale una connotazione specifica rispetto agli altri livelli di governo, e ciò in considerazione delle rilevanti novità normative, istituzionali e culturali che hanno inciso fortemente sul contesto locale. In particolare semplificare gli strumenti di programmazione distrettuale significa ripensarli coerentemente all'obiettivo di consolidare e semplificare il sistema di governo e gestione degli interventi di integrazione socio sanitaria e attrezzare il sistema a svolgere meglio le nuove funzioni.

Per esercitare l'insieme delle funzioni connesse a questi temi, sono stati individuati²⁷ già dal 2005 nel Distretto di Bologna strumenti strutturati e stabili per consentire di esercitare al meglio le funzioni amministrative ed i compiti di programmazione, progettazione e realizzazione del sistema locale dei servizi sociali a rete: il Comitato di Distretto (Cabina di regia politica) e l'ufficio di piano (organo tecnico di supporto al Comitato di Distretto), che nel 2007 è stato oggetto di una specifica convenzione Comune-Ausl.

Al Comitato di Distretto (composto dal Sindaco del Comune di Bologna, gli Assessori alla Salute e Servizi Sociali, Istruzione, i Presidenti di Quartiere e con invitati permanenti il Direttore Generale dell'Azienda USL, il Direttore di Distretto e il Responsabile dell'Ufficio di Piano) sono riconosciute le funzioni di indirizzo e controllo relative alle competenze in materia sociosanitaria, socioassistenziale, educativa e scolastica.

L'ufficio di Piano, composto da cinque figure dirigenziali del Comune e cinque dell'Ausl, e supportato da uno staff tecnico presso il Settore Coordinamento Sociale e Salute e da quattro Tavoli di Coordinamento tecnico per ambito di competenza (Disabili, Adulti, Famiglie e minori, Anziani) è il luogo della programmazione integrata sociale sanitaria ed educativa, molto di più di un tavolo paritetico, con un ruolo strategico, grazie alla presenza delle diverse professionalità impegnate nell'ambito dei due Enti, nella programmazione monitoraggio e verifica delle azioni integrate.

Questo nuovo modello che vede appunto una cabina di regia (politica nel Comitato di Distretto e tecnica nell'Ufficio di Piano) di tutto il sistema di welfare distrettuale (Comune - Settori e Quartieri - Ausl, ASP, soggetti del Terzo settore coinvolti) prevede un modalità di lavoro completamente diversa rispetto al passato e un cambiamento culturale di una certa rilevanza.

Queste innovazioni richiederanno un forte impegno anche nei prossimi anni per il consolidamento delle nuove funzioni e per la messa in campo di aggiustamenti per un governo complessivo efficace del nuovo sistema.

Anche i tavoli di coordinamento tecnico attivati (bracci operativi per ambito di intervento dell'Ufficio di Piano) potranno subire delle trasformazioni e sviluppi alla luce dell'esperienza messa in atto, per favorire una migliore efficienza ed efficacia del processo complessivo.

SPORTELLO SOCIALE L'ACCESSO INTEGRATO AI SERVIZI

Il tema dell'informazione e dell'accesso ai sistemi di welfare è considerato centrale dalla normativa nazionale²⁸ e regionale di settore e dai diversi documenti di programmazione.

La L.R. 2/03 all'art.7 individua negli sportelli sociali territoriali lo strumento garante e facilitatore dell'accesso al sistema locale dei servizi sociali a rete, fornendo informazione e orientamento ai cittadini sui diritti e le opportunità sociali, sui servizi e gli interventi disponibili.

L'accesso al sistema integrato dei servizi sociali e sociosanitari è un aspetto centrale per garantire equità di trattamento ai cittadini in conformità con la logica universalista che sottende il nostro sistema di welfare.

Affrontare il tema centrale dell'accesso ai servizi, comporta ed implicherà una revisione di ulteriori tematiche strettamente connesse al tema dell'equità di trattamento, quali l'omogenea distribuzione territoriale dei servizi; la chiarezza tariffaria e dei regolamenti e la loro progressiva omogeneizzazione, anche in riferimento alla partecipazione degli utenti; la qualità dei servizi che le diverse realtà territoriali offrono.

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

Lo Sportello deve permettere alle persone di accostarsi con successo alle risposte cui hanno diritto e dotare i servizi di capacità di lettura dei bisogni reali della popolazione.

Lo Sportello sociale è in sostanza lo strumento che facilita l'accessibilità ai servizi e alle opportunità della rete e connette le richieste di informazione e di aiuto ai servizi, i bisogni del singolo alle risorse formali ed informali della sua comunità d'appartenenza. Il suo obiettivo è il superamento delle difficoltà d'accesso, riducendo e, possibilmente, eliminando le barriere informative, culturali, fisiche, organizzative e burocratiche, che sono la

²⁷ come previsto dall'art.16 della LR 2/2003

²⁸ Legge n. 328/2000

principale causa di disuguaglianze, promuovendo pari opportunità d'accesso, capacità d'ascolto, funzione d'orientamento, capacità d'accompagnamento, funzione di filtro, funzione di osservatorio dei bisogni e delle risorse, funzioni di trasparenza e fiducia nei rapporti tra il cittadino ed il servizio.

Nel campo delle innovazioni realizzate nell'ultimo anno nel sistema di Welfare bolognese una delle più rilevanti è rappresentata appunto dall'attivazione dagli Sportelli Sociali, che sono stati aperti nel mese di ottobre 2008 in tutti i quartieri di Bologna. Gli sportelli sono 10, uno in ogni Quartiere e due al Quartiere Navile che nella prima fase di attivazione funzionano due giorni alla settimana, il martedì e il giovedì dalle 8,15 alle 17,30.

Gli sportelli rappresentano la porta unica di accesso alle informazioni sulla rete dei servizi e delle risorse in campo sociale e sociosanitario del territorio e all'accesso ai servizi erogati dal nuovo Servizio sociale professionale di Quartiere.

Possono rivolgersi allo Sportello sociale tutti i cittadini che necessitano di informazioni; in particolare i principali target di riferimento sono persone anziane, disabili, adulte in condizione di disagio, famiglie e minori in situazione di difficoltà.

Lo Sportello Sociale, oltre che ai cittadini, fornisce informazioni ai servizi del territorio, indipendentemente dalla loro natura (pubblica o privata, no profit o profit), svolgendo comunicazione interna (con gli operatori) ed esterna (con le associazioni, i gruppi, i singoli).

Lo Sportello non attiva alcuna forma di presa in carico temporanea o attivazione di servizi alla persona.

Distinguere, anche in modo visibile alla popolazione, il bisogno informativo dal bisogno di essere presi in carico, dà un'immagine di un servizio che non è orientato solo verso i più poveri o i "bisognosi", ma che s'impegna attivamente come promotore cittadinanza, a disposizione di tutti i cittadini, cui si riconosce la capacità non solo di fornire informazioni, ma anche di gestirle autonomamente. Nello stesso tempo, alleggerire i servizi dedicati alla presa in carico da rilevanti carichi informativi, può agevolare un aiuto più emancipante: più l'utente sa, o può appropriarsi d'informazioni chiare e corrette, più riuscirà a sviluppare autonomia anche nei percorsi d'aiuto.

Nel caso in cui il cittadino od il nucleo siano portatori di un bisogno che non potrà essere ricondotto - per una opportuna presa in carico - ai servizi, pubblici o privati, del territorio, lo Sportello Sociale procede con l'opportuno approfondimento della domanda e con la registrazione del caso all'interno del proprio sistema informativo, al fine di rendere individuabile il bisogno emergente presentato e la domanda inevasa.

Gli sportelli a partire dal 2009 si gioveranno anche di un portale specifico da cui è possibile accedere alla Banca dati dello sportello (in cui sono già state caricate per ora oltre 120 schede informative) ed a varie rubriche utili in tema di accesso ai servizi.

Sono rimasti attivi alcuni Sportelli specializzati presenti come per esempio Sportello Casa, Sportelli lavoro, Sportello Protezioni Internazionali e accoglienza immigrati. Nell'area della disabilità rimangono operativi almeno per i primi mesi del 2009 anche gli sportelli del CRH e del CAAD, pur all'interno di un processo di profonda ristrutturazione ed integrazione con gli Sportelli sociali, in vista anche della partenza dell'ASP Irides, una delle tre aziende per i servizi alla persona istituite nel territorio cittadino risultanti dal processo di trasformazione delle IPAB, e che si occuperà di disabili e nello specifico sia della gestione del Centro per l'adattamento domestico che della redazione area disabili degli sportelli sociali.

Lo sportello sociale in prospettiva deve mettersi in relazione con gli altri servizi e Istituzioni - pubbliche e private, formali ed informali, che insieme concorrono al benessere della comunità locale e con le altre agenzie informative pubbliche e private (di volontariato, di patronato, etc.), con l'obiettivo di realizzare un "sistema avanzato di informazione e di accesso" attraverso la messa in rete e il coordinamento delle diverse realtà d'ascolto e d'orientamento, presenti sul territorio (associazionismo sociale, cooperative sociali, patronati, etc.), con una regia pubblica, promuovendo quindi un lavoro comune tra soggetti diversi, per la messa in rete di sportelli e servizi informativi già esistenti e strutturando una base di dati condivisa e collettivamente fruibile.

A seguito della sperimentazione regionale il Comune di Bologna così come tutti i comuni afferenti alla provincia di Bologna ha optato per la condivisione del medesimo sistema informativo - sistema "GARSIA" -, già sperimentato positivamente ed attivo nell'Azienda USL ex Bologna nord, fortemente orientato alla integrazione.

La Provincia di Bologna si è resa disponibile a promuovere un coordinamento del progetto al fine di permettere la realizzazione di una Rete di sportelli sociali a livello provinciale, in grado di essere sistemi dialoganti in comunicazione tra loro, pur nel rispetto di differenziazioni di carattere organizzativo-gestionale.

L'utilizzo di un sistema omogeneo e la condivisione di strumenti di gestione a livello provinciale si pone come obiettivo principale la possibilità di garantire omogeneità di trattamento, attraverso l'utilizzo di un unico strumento e la creazione di una banca dati unica e condivisa.

Una rete di sportelli sociali permette di ridurre le barriere (psicologiche, culturali, fisiche) nell'accesso ai servizi dovute alla complessità della rete dell'offerta, allo scarso coordinamento delle diverse agenzie, istituzioni, soggetti responsabili dell'offerta stessa, alla scarsa trasparenza dei criteri e procedure di accesso.

La logica di rete che connota fortemente il modello organizzativo degli sportelli sociali trova un analogo corrispettivo in ambito sanitario dove gli attuali punti di accesso distrettuali ai servizi, Sportello Unico (per l'accesso amministrativo-sanitario) e Punto Unico di Accesso (per gli aspetti prevalentemente sanitari) devono consolidare ulteriormente i meccanismi operativi che sostengono l'integrazione al loro interno per realizzare un concreto collegamento con l'intero ambito sociale.

L'obiettivo strategico è quello di assicurare che i cittadini che si rivolgono all'una o all'altra porta di accesso siano presi in carico in modo da poter usufruire sia dei servizi sociali che di quelli sanitari in base.

Le azioni da sviluppare nel prossimo triennio

Le azioni da implementare nel prossimo triennio riguardano da un lato il potenziamento delle dotazioni strumentali e delle attività di qualificazione del personale che porti ad uno sviluppo degli sportelli già avviati prevedendo anche, ove possibile, un ampliamento dei giorni e degli orari di apertura. A tal riguardo si prevedono azioni di sviluppo e di raccordo delle tecnologie a supporto dell'attività degli sportelli sociali, con l'estensione del sistema informatico Garsia a tutti i servizi sociali e sanitari e l'avvio della cartella integrata dell'assistito, così come azioni di qualificazione del personale assegnato agli sportelli dando continuità alla formazione degli operatori attraverso l'attivazione di ulteriori moduli, oltre quelli realizzati nel 2008, con l'avvio delle attività degli sportelli.

Un'altra pista di lavoro riguarda la promozione delle azioni di raccordo tra gli sportelli Sociali, gli Sportelli specialistici e gli sportelli unici distrettuali (promozione di accordi/protocolli operativi/condivisione di linee guida fra Comuni e AUSL per l'avvio di forme di integrazione funzionale tra gli sportelli sociali e gli sportelli unici distrettuali, per l'avvio dell'integrazione funzionale, di moduli di formazione comune agli operatori degli sportelli sociali e degli sportelli unici distrettuali) e il raccordo operativo e coordinamento tra sportelli sociali e sportelli tematici.

Sarà inoltre importante sviluppare le azioni di comunicazione sociale e di miglioramento della fruibilità del servizio di sportello sociale, anche ad attraverso azioni di rilevazione del gradimento dei cittadini (customer satisfaction).

4. Gli obiettivi strategici e le priorità di intervento trasversali

Nel 2008 è proseguito lo sviluppo dell'impegnativa riforma dei servizi sociali educativi e scolastici, che ha implicato decisioni importanti dal punto di vista istituzionale, organizzativo e normativo: la riforma delle IPAB e la costituzione di tre Aziende di servizi alla persona (Giovanni XXIII, Poveri Vergognosi, Irides), la trasformazione del Comitato di Distretto in cabina di regia delle politiche sociali, l'istituzione di un Ufficio di Piano per coordinare la programmazione dei servizi, la delega ai Quartieri delle funzioni in materia di interventi e servizi sociali ed educativi e, nel mese d'agosto, l'approvazione di un innovativo Regolamento dei servizi sociali.

Si è realizzata, sostanzialmente una riorganizzazione complessiva denominata "Sistema cittadino integrato degli interventi e servizi sociali"²⁹ che, contestualmente al completamento del processo di decentramento dei servizi alla persona e all'attivazione dei Servizi Sociali Territoriali, ha visto una riorganizzazione dei Settori Centrali del Comune di Bologna (Coordinamento Servizi Sociali e salute, Coordinamento amministrativo Quartieri, Settore istruzione e politiche delle differenze) volta ad attrezzarli a svolgere la nuova funzione di programmazione coordinamento, innovazione e governance.

La riforma è stata resa necessaria per mantenere alto il livello di risposta alle esigenze dei cittadini bolognesi, in una situazione in rapida evoluzione, sia dal punto di vista demografico che economico - sociale e culturale, mirando ad un sistema di servizi migliore qualitativamente e maggiormente efficiente. L'impegno è quello di impiegare in maniera più efficace il lavoro degli operatori, le strutture e le disponibilità finanziarie. Soprattutto si vuole dare alla città un servizio che metta insieme le possibilità operative del Comune con quelle degli altri enti, del terzo settore e del privato sociale, per dare al cittadino un servizio moderno, meno assistenziale universalistico, ma che riconosca alle persone e alle famiglie il diritto a ricevere un aiuto per superare i momenti di difficoltà.

Il prossimo triennio sarà pertanto caratterizzato dallo sviluppo, implementazione e consolidamento delle nuove funzioni, che si accompagna al quadro complessivo di riforma, promosso dalla Regione Emilia Romagna, per l'ambito d'interventi sociali socio-sanitari ed educativi e più complessivamente delle politiche che incidono sul benessere e la salute, con l'approvazione del primo piano sociale e sanitario regionale.

La programmazione, nell'ambito delle politiche sociali e sanitarie per i prossimi anni nel Distretto di Bologna assume i principi e le priorità proposti dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria.

Principi

- La tutela del diritto fondamentale al benessere e alla salute, in tutte le politiche settoriali;
- La centralità della persona, l'uguaglianza e l'equità di accesso alle prestazioni ed ai servizi;
- La partecipazione dei cittadini.

Priorità

- Concetto di tutela, orientata al benessere sociale;
- Integrazione istituzionale, comunitaria, gestionale e professionale;
- Lavoro in rete;
- Valorizzazione delle risorse umane e del lavoro sociale,
- Accesso ai servizi, in particolare accesso alla rete integrata dei servizi, attraverso il sistema degli sportelli sociali

²⁹ Validato dal punto di vista istituzionale dalla D. G. Pg. N° 1847427/08 "Attuazione della Delibera consiliare OdG n 197/07, sul decentramento ai quartieri in materia di servizi alla persona organizzazione del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali"

4.1 Integrazione sociosanitaria

Lo sviluppo di un sistema di collaborazione efficace e funzionale tra i diversi soggetti che partecipano alla programmazione e alla gestione dei servizi in ambito socio-sanitario richiede in via prioritaria la definizione di una cornice che individui e regolamenti gli ambiti di intervento e i soggetti coinvolti tenendo conto delle indicazioni regionali, dell'analisi dei bisogni che emerge dal profilo di comunità e dal quadro complessivo delle risorse disponibili.

Il processo viene guidato dal Comune e dalla Ausl che utilizzano come luogo di confronto l'Ufficio di Piano e i Tavoli tecnici e tematici di coordinamento. L'integrazione, seguendo l'articolazione individuata dal PSS, interessa i diversi livelli del sistema: quello istituzionale, in particolare attraverso la valorizzazione del nuovo ruolo esercitato dai Quartieri e il coinvolgimento delle tre ASP bolognesi; quello comunitario, tenendo conto degli effetti sulla qualità della vita degli interventi attuati dai diversi settori dell'Amministrazione comunale oltre che dagli altri soggetti pubblici e privati; il livello gestionale che richiede la definizione di nuovi modelli organizzativi alla luce del decentramento dei servizi sociali e della necessità di un'integrazione che interessa un numero di servizi sempre maggiore; il livello professionale, che richiede un aggiornamento della composizione e delle modalità di funzionamento delle Unità di Valutazione Multidimensionali (UVM) oltre che il trasferimento di tale modello ad altri ambiti di intervento.

Accordi di programma Comune - Ausl

L'azione principale che verrà messa in atto nella direzione dell'integrazione socio-sanitaria riguarderà pertanto la realizzazione di una serie di accordi tra Comune e Ausl mirati a regolamentare l'insieme dei servizi e degli interventi integrati. Lo strumento scelto è quello dell'accordo di programma in quanto risulta dal punto di vista normativo (art.34 del D.Lgs. 267/2000) l'atto convenzionale più adeguato per la definizione e l'attuazione di interventi che richiedono, per la loro completa realizzazione, l'azione coordinata di più soggetti pubblici.

La finalità è quella di superare la modalità adottata fino ad oggi di procedere attraverso l'estensione di singoli protocolli per le diverse linee di intervento, dando avvio a un percorso unitario sotto la regia dell'Ufficio di piano, che porti alla redazione di un accordo di programma quadro per ogni ambito tematico di intervento (indicativamente: anziani, disabili, minori e adulti).

Nell'accordo saranno delineati gli interventi che richiedono integrazione all'interno di un quadro di relazioni con l'articolazione del sistema dei servizi. Saranno identificate le professionalità coinvolte e le modalità di intervento anche attraverso la costituzione di équipe per la valutazione dei casi e la presa in carico congiunta (UVM) e verrà indicata la ripartizione degli oneri.

Nell'ambito degli accordi saranno inoltre ricompresi gli interventi per i quali la Regione ha di recente indicato delle linee di sviluppo nella logica dell'integrazione socio-sanitaria. Si segnalano, in particolare, il nuovo piano attuativo per la salute mentale e le linee di indirizzo per la tutela della maternità e l'interruzione volontaria della gravidanza.

Avvio applicazione nuovo Piano attuativo regionale per la Salute Mentale 2009-2011

Il piano si ispira a principi e obiettivi individuati a livello europeo e nazionale. Il principale aspetto innovativo consiste nell'approccio integrato sanitario e sociale al tema della salute mentale considerata come un'area, che ancor più di altre, ha bisogno del supporto della sfera sociale e collettiva, essendo fortemente influenzata dalle modalità del vivere sociale e dalla vitalità delle istituzioni del territorio.

Il piano riunisce in un quadro di programmazione organico e armonico gli impegni, gli attori e le azioni in ambito di psichiatria, neuropsichiatria infantile e dipendenza patologiche, direzione verso la quale a Bologna i servizi sono già orientati da anni, in una logica di continuità assistenziale, che coinvolge tutti i livelli: i medici di Medicina Generale, i nuclei di cure primarie etc.

Il tema della psichiatria viene affrontato secondo due livelli:

-Livello residenziale: suddividendo i due settori, uno sanitario e uno socio-sanitario, e prevedendo anche una rivalutazione mirata degli ospiti già presenti al fine di garantire un'accoglienza più adeguata.

-Livello territoriale comunitario: che comprenderà sostegno al reddito, politiche abitative, lavoro e prevenzione e che non dovrà più gravare sulla spesa sanitaria.

Oltre a un diverso impegno economico delle istituzioni coinvolte, il cambiamento determinerà una svolta di carattere politico e culturale nella ricollocazione dei cittadini con problematiche psichiatriche al centro di una valutazione complessiva dei bisogni e dei servizi coinvolti. Si tratterà pertanto di rivedere tutti quegli aspetti e quelle relazioni tra i servizi sanitari e sociali che per quest'ambito sono stati a lungo distanti. Importante a questo riguardo sarà l'attenzione da dedicare alle connessioni tra sociale e sanitario che possono essere ricreate a livello territoriale. Un altro punto rilevante, di cui tenere conto, sarà la riorganizzazione dei Centri di salute mentale.

Il nuovo Piano attuativo regionale sulla salute mentale 2009-2011 è ancora in corso di approvazione e può essere oggetto di modifiche e integrazioni. Il presente Piano triennale per la salute e il benessere sociale ne recepisce le indicazioni, prevedendo a seguito dell'approvazione definitiva da parte della Regione l'adozione di uno specifico programma di intervento a livello distrettuale che espliciti gli interventi per il raggiungimento degli obiettivi generali prevedendo, tra l'altro le azioni per il livello territoriale e per la residenzialità sociosanitaria da attivarsi entro il 2009.

Recepimento delle linee di indirizzo regionali sulla maternità e l'interruzione volontaria di gravidanza

Le Linee di indirizzo per la tutela sociale della maternità e l'interruzione volontaria della gravidanza nell'ambito dei piani di zona per la salute e il benessere sociale approvate dalla Regione Emilia-Romagna nell'ottobre scorso (DGR 1690/2008) prevedono che i consultori debbano collaborare attivamente alla definizione di protocolli organizzativi distrettuali che sostengano l'integrazione delle risorse dei vari soggetti coinvolti: in primis, i servizi sociali del Comune e le organizzazioni di volontariato.

In particolare le linee pongono all'attenzione come elementi principali:

- la necessità di un nuovo processo di integrazione tra i consultori (Ausl) e gli enti locali titolari delle funzioni sociali dopo la ridefinizione giuridica delle Ausl introdotta dalla DLgs. 502/94;
- la figura professionale dell'assistente sociale come elemento qualificante e necessario per formulare e realizzare piani personalizzati di assistenza socio-sanitaria
- la necessità che le politiche di integrazione prevedano:
 - la definizione dei protocolli organizzativi distrettuali per l'assistenza socio-sanitaria che introduca la presenza dell'assistente sociale nell'équipe consultoriale e le modalità di concorso alla realizzazione dei piani assistenziali di tutte le organizzazioni interessate, incluso le associazioni di volontariato presenti sul territorio;
 - la normazione delle modalità di collaborazione delle associazioni tramite regolamento o convenzione per definire: le modalità di collegamento servizio pubblico – associazioni; i possibili percorsi per la fruizione dei servizi offerti dalle associazioni; le modalità e le forme del confronto periodico;
 - un processo di "accreditamento delle associazioni" interessate

Al fine di recepire le linee regionali nell'ambito del Tavolo tecnico e tematico dell'area minori del Distretto di Bologna è stato attivato a marzo 2009 un gruppo di lavoro multiprofessionale costituito da tecnici esperti in materia dei due Enti interessati Comune e Ausl.

Il gruppo di lavoro sta svolgendo un'attività di analisi propedeutica all'elaborazione di una proposta operativa che tenga conto dei seguenti elementi:

- la stima del numero di utenti del consultorio per i quali si ipotizza di richiedere l'integrazione dell'équipe con l'assistente sociale;
- il censimento delle associazioni interessate a fornire servizi nell'ambito definito dalla L. 194/78 e l'individuazione di un ufficio di riferimento per le medesime presso il Comune;
- la formulazione di un'ipotesi organizzativa per il coinvolgimento delle assistenti sociali del servizio sociale territoriale.

4.2 Sviluppo dei servizi sociali territoriali

Nel 2008 si è realizzata un'importante riforma nel Comune di Bologna nell'ambito del decentramento attraverso il completamento delle deleghe in ambito sociale ed educativo ai Quartieri che ha come principale finalità quella di portare le risposte in prossimità, il più vicino possibile ai cittadini là dove si manifesta il bisogno. Non va interpretato il tema del decentramento come un mero spostamento di titolarità, dai Settori centrali ai Quartieri, ma come un importante riforma nella direzione di rendere più efficiente ed efficace il sistema dei servizi e consentire risposte migliori ai cittadini.

A partire dal 2009 il processo verrà sviluppato e consolidato nell'ottica di un miglioramento della qualità dei servizi per far sì che i Quartieri diventino il prevalente punto di riferimento per i cittadini sia per quanto riguarda la partecipazione, l'ascolto, l'orientamento che per la lettura dei bisogni e l'ammissione ai servizi.

Tale azione si realizzerà in particolare attraverso la messa a regime delle deleghe, ci si riferisce in particolare a:

- ridefinizione dei contenuti e delle fasi fondamentali del processo di programmazione, al fine di assicurare maggiore coerenza ed efficacia allo sviluppo delle politiche comunali, rafforzando l'integrazione degli interventi fra i diversi soggetti che operano in ambito socio-sanitario

- attuazione del nuovo modello organizzativo per tutti i servizi alla persona, sia per quanto riguarda i Quartieri che i Settori centrali (in particolare Coordinamento Sociale e Salute e Istruzione e Politiche delle differenze) e con la definizione dei processi presidiati dall’Ufficio di Piano;
- attuazione del nuovo Regolamento Generale in materia di Servizi Sociali, primo atto di regolamentazione complessiva dell’ambito sociale, che coniuga il principio della universalità della risposta agli utenti con la valutazione tecnico-professionale e la definizione del Piano Individualizzato (assistenziale o educativo), che corrisponde alla concreta risposta al bisogno
- attivazione dei contratti di servizio e delle nuove modalità di gestione dei servizi tramite le tre A.S.P. cittadine (Giovanni XXIII, Poveri Vergognosi ed Irides)
- revisione di provvedimenti e regolamenti comunali al fine di semplificare le disposizioni in essere per la gestione dei servizi alla persona, per ricondurli a comuni principi di accesso e contribuzione, con l’applicazione dell’I.S.E.E.;
- implementazione del sistema informativo GARSIA, ed uno sviluppo a sistema della rete degli Sportelli comunali (Sportello del cittadino, Sportello sociale, Sportello Lavoro, altri sportelli specifici)

I servizi sociali territoriali dei quartieri saranno sempre più orientati al servizio della comunità locale, proseguendo nell’azione di ammodernamento, con particolare attenzione al consolidamento di una cultura della qualità.

4.3 Sviluppo delle ASP

Nel 2008 si è completato, entro i termini previsti dalla Regione Emilia Romagna, il processo avviato nel 2005 di riordino delle Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza (IPAB) con l’istituzione delle tre Aziende pubbliche di servizi alla persona. Sempre nel corso del 2008 si è svolto un impegnativo percorso di approfondimento, che ha visto coinvolti diversi tavoli e gruppi di lavoro tecnici nonché, un costante confronto politico ai diversi livelli istituzionali, al fine di individuare, da un lato, quali servizi e progetti attualmente assicurati dal Comune assegnare alle Aziende, sia approfondire, dall’altro, gli aspetti connessi alla responsabilità gestionale e a quella di committenza, indirizzo, pianificazione, verifica e controllo.

Il percorso ha visto, nel confronto serrato con tutti gli attori coinvolti, diverse tappe di approfondimento sull’argomento³⁰, che hanno portato nella prima settimana di ottobre 2008 all’approvazione da parte della Giunta degli “Elementi essenziali per la definizione del contenuto dei contratti di servizio con le Asp Giovanni XIII°, Poveri Vergognosi e Irides”^{31.e}

Nel marzo 2009 la Giunta ha approvato gli schemi di contratto di servizio che sono stati sottoscritti il 25 marzo 2009 dal Comune di Bologna (Direttori dei Settori Coordinamento Sociale e Salute e Istruzione e politiche per le differenze) assieme al Direttore del Distretto Città di Bologna e ai Direttori Generali delle tre ASP:

I prossimi anni saranno caratterizzati dallo sviluppo dei rapporti con le ASP attraverso: perfezionamento degli strumenti di committenza (contratto di servizio, sistema di monitoraggio del contratto di servizio); integrazione dei processi di gestione delle risorse (in particolare del patrimonio) e di realizzazione dei servizi, certificazione della qualità e sviluppo delle sinergie con il terzo settore.

4.4 Promozione del benessere e prevenzione in tutti i contesti di vita

Si riconfermano i principi ispiratori dei Piani per la salute partendo dalla consapevolezza che la tutela della salute non si riduce a interventi di natura specificamente sanitaria, ma richiede una prospettiva di analisi e di intervento ad ampio raggio, che consideri l’impatto dell’insieme delle politiche sulla salute e il benessere della popolazione, e di conseguenza impegni tutti gli attori del territorio a intervenire:

- sulle determinanti socioeconomiche della salute
- sull’empowerment dei cittadini e la comunicazione del rischio.
- sugli stili di vita
- sulle determinanti ambientali
- sulla promozione della sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro

In particolare, si ribadiscono gli impegni contenuti nei **Patti per la salute** sottoscritti nel territorio bolognese :

³⁰ Tra i più significativi si citano: “deliberazione del Consiglio Comunale 22.12.2006, O.d.G. n. 220, sono stati approvati gli “Indirizzi sul sistema cittadino integrato di interventi e servizi sociali, sociosanitari, educativi e scolastici e sui contratti di servizio con le ASP”; deliberazione del Consiglio Comunale 22.10.2007, O.d.G. n. 197 recante in oggetto “Completamento delle deleghe ai quartieri in materia di servizi alla persona” sono state definite le competenze dei Quartieri nell’ambito dei servizi sociali, educativi e scolastici ed è stato precisato che il ruolo dei Quartieri – Consigli di Quartiere e strutture operative - nei confronti delle Aziende si svilupperà in particolare nella committenza della realizzazione della programmazione, nella tutela degli utenti interessati dai programmi assistenziali, educativi e scolastici, per assicurare rispetto dei diritti, corretta esecuzione dei programmi, coordinamento tra i diversi operatori e servizi interessati, nonché nel controllo della qualità delle prestazioni erogate e nel controllo degli effetti dell’attuazione dei contratti di servizio e delle convenzioni, sul proprio territorio;

³¹ Delibera di Giunta N° 284 -P.G.n° 237774/2008 del 07/10/08 “Elementi essenziali per la definizione del contenuto dei contratti di servizio con le Asp Giovanni xxiii, Poveri Vergognosi e Irides”

- impegno in azioni intersetoriali ed integrate, fortemente orientate alla promozione della salute ed alla prevenzione;
- sostegno all'inclusione e all'integrazione tra diversi attori sociali, punti di vista, conoscenze e professionalità;
- contributo a contrastare le disuguaglianze in salute, originate dalle disuguaglianze economiche e sociali;
- contributo a sostenere il diritto alla salute promuovendo equità e universalità di accesso ai programmi di prevenzione e di accesso alle cure;
- priorità verso scelte di strategie partecipative ed interventi di provata efficacia ed appropriatezza.

Per quel che concerne le **determinanti socioeconomiche della salute** è importante rilevare come si siano acute problematiche, come quelle delle disuguaglianze in salute sulle quali è opportuno perseguire obiettivi di carattere sia conoscitivo (progetto Prodest) che propositivo ed aprire nuovi scenari di intervento da sviluppare. Si evidenzia sempre più l'esigenza di responsabilizzare e integrare maggiormente "vecchi" soggetti sociali, come gli operatori socio-sanitari, e "nuovi" come i gruppi di interesse, le associazioni di volontariato, il settore privato, per arrivare a Piani integrati di salute e Valutazioni di impatto sulla salute nei processi decisionali delle Amministrazioni pubbliche, già avviati, in attuazione dei Piani per la salute.

Si è chiamati in tal senso a sviluppare una nuova visione della prevenzione e della promozione della salute che vada oltre i tradizionali problemi legati alla modifica degli stili di vita (alimentazione, attività motoria, dipendenze), a problematiche come la crisi dei legami sociali e delle competenze relazionali, le diverse forme di disagio psico-sociale (come ansia, depressione, stress, conflittualità) le questioni dell'insicurezza, la sfiducia e il degrado degli ambienti urbani che affliggono gli abitanti del mondo globalizzato, così come richiamato nella Carta di Bangkok dell'OMS (2005).

Tutto ciò si fonda sul mantenimento di un'etica di solidarietà attraverso percorsi che promuovano il benessere di cui i cittadini beneficiano anche in virtù di più adeguate forme di reciprocità e di inclusione entro gruppi e reti sociali: è necessario promuovere un reale processo di partecipazione della comunità con la quale ci si confronta, non solo per poter comprendere le posizioni dei diversi attori sociali, ma per definire meglio i presupposti da cui dovranno partire quegli interventi integrati che si propongono realmente di avviare processi di cambiamento.

Si conferma l'interesse per un'educazione, formazione e comunicazione per la salute più integrate ed attrezzate metodologicamente, ma fatte proprie dalle persone di tutte le età in termini di formazione continua, cittadinanza competente, comunicazione promotrice di salute capaci di supportare le persone nei loro percorsi di benessere e di guarigione.

L'approccio per la ricerca delle prove di efficacia proprie del campo biologico ha spinto ricercatori, decisori ed operatori a richiedere altrettante prove valide per gli interventi di prevenzione. Questi interventi rispondono a fenomeni molto complessi, condizionati da scelte e comportamenti, individuali e di comunità in cui i processi relazionali e sociali svolgono un ruolo centrale e non rispondono necessariamente all'assioma causa -effetto.

Il rapporto tra efficacia teorica (prodotta in condizioni sperimentali) ed efficacia pratica (influenzata sul campo) negli interventi deve peraltro essere sempre più governato da un lato dall'attenta analisi delle prove di efficacia disponibili per radicare gli interventi su solide basi e dall'altra da una rigorosa metodologia nella progettazione e valutazione.

La metodologia adottata deve essere coerente con le opportunità e le caratteristiche del contesto in cui far maturare e/o accompagnare l'empowerment delle persone e della comunità verso percorsi di scelte per la salute. Tutto ciò mettendo a disposizione i risultati della ricerca scientifica indipendente, migliorando la capacità di comunicare per la salute, sostenendo le reti di mutuo e auto aiuto e le iniziative di screening promosse dalle Aziende USL, e ponendo particolare riferimento alla strategia di cooperazione tra cittadini e istituzioni sperimentata nel Laboratorio dei cittadini per la salute e frutto delle strategie dei Piani per la salute.

Le azioni nell'ambito della promozione del benessere e prevenzione in tutti i contesti di vita saranno realizzate dal Comune di Bologna in collaborazione con AUSL e altre realtà sanitarie locali (Aziende Ospedaliere Sant'Orsola, IOR, Strutture Private) ma anche AFM e Associazioni interessate.

Strumento privilegiato di queste azioni è il ruolo giocato dal Comune di Bologna presidente e coordinatore nazionale della Rete Città Sane dell'OMS.

In particolare nell'ambito del Progetto Città Sane di Bologna si darà continuità al programma triennale 2008-2010, approvato al Meeting nazionale della Rete, che prevede un'intesa attiva di promozione e confronto delle diverse politiche italiane e la massima valorizzazione delle buone pratiche riscontrate, con attivazione di progetti ed iniziative comuni da attivare sull'intero territorio nazionale.

4.5 Innovazione orientata all'inclusione e alla personalizzazione dei servizi

Internet è diventato in questi ultimi 10 anni, per molti cittadini, il canale di accesso privilegiato alle informazioni, ai servizi della pubblica amministrazione, alla conoscenza dei percorsi di cura. E' quindi uno strumento che permette alla pubblica amministrazione di fornire informazioni attendibili e permette ai cittadini

di accedervi in forma più diretta e veloce. Nella realtà bolognese questa via di comunicazione risulta per i giovani e in parte per gli adulti ormai la via “normale” di accesso alle informazioni.

Da questo deriva che una pubblica amministrazione che si vuole definire innovativa deve sia accogliere queste esigenze sviluppando questa forma di accesso alle informazioni ma deve anche porre il cittadino nelle condizioni di accedervi facilmente diminuendo quindi il cosiddetto “digital divide”, il divario esistente tra chi può accedere alle nuove tecnologie (Internet, personal computer) e chi no, per motivi economici, culturali, tecnologici. Attualmente le fasce di popolazione che lo subiscono sono soprattutto gli anziani, ma anche gli immigrati e le categorie economicamente e culturalmente svantaggiate.

Il concetto di benessere della collettività è strettamente associato al concetto di uguaglianza e l'uguaglianza nell'accesso alle informazioni si traduce nell'uguaglianza all'accesso delle cure ed alle forme di assistenza sociale.

La Regione Emilia-Romagna con il Piano sociale e sanitario e gli atti ad esso collegati promuove lo sviluppo degli sportelli sociali, degli sportelli distrettuali e la loro fusione in un unico punto di sportello informativo per il cittadino che necessita di informazioni sociali e sanitarie.

Una innovazione tecnologica nel senso complessivo del termine deve comunque andare oltre e prevedere una integrazione complessiva delle banche dati per la realizzazione di un sistema informativo che colleghi tutti i punti di erogazione dell'assistenza. Essa richiede un salto qualitativo orientato a sfruttare tutta la potenzialità della rete al fine del governo politico e tecnico delle risorse impiegate. In più, consultando la rete, il singolo cittadino partecipa alla cura perché individualmente si riconosce e sente preso in carico, egli realizza una ricerca informativa attiva che contribuisce a renderlo partecipe delle decisioni terapeutiche e di prevenzione che gli sono proposte.

Per quanto riguarda gli anziani a Bologna già oggi più del 25 % dei residenti ha un'età maggiore di 65 anni, e di essi la maggior parte è pensionato già dai 60 anni. I dati di provenienza europea affermano che solo il 10% degli anziani sopra i 65 anni sa usare Internet. L'obiettivo da porsi e che rappresenta la sfida tecnologica è quello di facilitare l'inclusione degli anziani nei comportamenti dominanti della società, per poter introdurre forme di assistenza sociale e sanitaria alternative a quelle tradizionali e basate sull'utilizzo delle tecnologie informatiche e telematiche.

D'altro canto le amministrazioni che sono chiamate ad agire l'integrazione sociale e sanitaria hanno la necessità di integrare i sistemi informativi di gestione dell'assistenza per permettere lo scambio e l'integrazione delle conoscenze nel rispetto della privacy e nei compiti di programmazione delle attività e di controllo della committenza che sono a loro attribuiti.

Il triennio 2009-2011 va quindi indirizzato verso:

- La personalizzazione dei servizi offerti sulla rete
 - L'integrazione fra i sistemi informativi e lo sviluppo di interfacce omogenee per l'accesso
 - La partecipazione ed il confronto dei cittadini che porti allo sviluppo di reti di solidarietà
- Nel triennio 2006-2008 con la Conferenza territoriale sociale e sanitaria il Distretto di Bologna ha caratterizzato il suo lavoro nella promozione di quel salto di qualità che permette di sfruttare le potenzialità della rete.
Nel prossimo triennio il lavoro già avviato va condotto con:
- l'estensione ed il consolidamento del progetto E-Care/OLDES per l'utilizzo delle nuove tecnologie a sostegno delle reti orizzontali di solidarietà fra i cittadini
 - lo sviluppo di un Portale della salute (www.salute.bologna.it) che costituisca un'interfaccia unica fra il cittadino ed il sistema a rete della sanità bolognese (A.USL, Azienda Ospedaliera e Rizzoli) rendendone visibile la coerenza
 - il consolidamento dei progetti di integrazione fra i sistemi informativi, con particolare valorizzazione del progetto GARSIA.

4.6 Centralità della Persona e dei suoi bisogni

Il mutamento socio economico e le tante problematiche emergenti ci devono impegnare ad un profondo ripensamento del sistema di welfare, che superi le visioni riduttive e settoriali centrate sull'organizzazione dei servizi per porre al centro la persona, con la complessità dei suoi bisogni, assicurando coerenza e continuità ai suoi percorsi di cura e assistenza.

Questa sfida viene raccolta dal Distretto di Bologna nella consapevolezza che richiede la capacità di un grande cambiamento culturale, ma anche di come questa mutata prospettiva sia un passaggio indispensabile per garantire uguaglianza, equità di accesso e libertà di scelta consapevole del proprio percorso di cura a tutti i cittadini.

Se da un lato è importante definire i percorsi di accesso, di presa in carico, di regolamentazione dei servizi, al fine di perseguire l'omogeneità di trattamento ed evitare forme di non equità, occorre non cadere nella burocratizzazione e nella spersonalizzazione. La centralità del cittadino e della sua salute complessivamente intesa la si persegue se si tiene sempre presente che lui (e la sua famiglia) ha il diritto di definire e di scegliere il suo percorso di cura e di salute.

4.7 Promuovere un'ottica di genere in tutte le politiche

La salute e il benessere delle donne è un tema che non può che attraversare trasversalmente degli indirizzi per le politiche integrate sociali, sanitarie e del territorio. Dove le infrastrutture di servizi su cui si reggono lo sviluppo

del territorio e il benessere dei cittadini non tengono o sono insufficienti, infatti, le donne, sono le prime a pagarne le conseguenze, e questo vale tanto per le infrastrutture materiali, come le reti per la mobilità e i trasporti, quanto per i servizi sociali, sanitari o educativi.

Sarebbe riduttivo, dunque, dedicare un solo capitolo alla salute e al benessere delle donne, come se le donne fossero semplicemente un target di popolazione con bisogni di cura ed assistenza propri.

Riteniamo, invece, che l'ottica di genere riguardi tutti, e che debba essere trasversale a tutte le politiche, ed è per questa ragione che queste politiche attraversano trasversalmente tutto il Piano e vengono qui solamente riassunte e sottolineate:

- **Conciliazione dei tempi di vita, di cura e di lavoro:** è il campo su cui più fortemente incide la tenuta delle infrastrutture sociali, sanitarie ed educative. Per questo, le scelte strategiche vanno valutate in collaborazione con l'associazionismo femminile e in relazione al loro impatto sulla differenza di genere.

- **Sostenere e valorizzare "il Bilancio di genere":** pubblicato per la prima volta nel Comune di Bologna nel 2008, che si affianca agli altri strumenti già da anni adottati dall'amministrazione per valutare l'impatto delle politiche realizzate come il Bilancio Sociale e il Bilancio Ambientale. Lo sviluppo di questa attività in una logica di decentramento richiede l'implementazione della lettura di genere delle attività e degli investimenti economici in ambito territoriale, così come sta già avvenendo per il Bilancio Sociale, a partire da una prima sperimentazione al Quartiere Savena. In sostanza le politiche devono avere al centro un approccio in grado di valutare l'impatto delle scelte strategiche e delle azioni intraprese sulla differenza di genere, per garantire che donne e uomini traggano gli stessi vantaggi e che venga favorita la rimozione di condizioni di discriminazione e di svantaggio.

- **Sostegno alla maternità e alla qualità delle relazioni familiari:** vanno sostenuti e rafforzati i consultori familiari, i centri per le famiglie e tutta la rete dei servizi 0-3 anni. Va inoltre sostenuta la partecipazione dell'associazionismo femminile alla programmazione di interventi condivisi sul territorio, anche in linea con i recenti indirizzi regionali.

- **Immigrazione:** si richiama la necessità di particolare attenzione a migliorare l'accesso delle donne immigrate ai servizi, in particolare riguardo ai percorsi nascita, alla prevenzione delle gravidanze indesiderate e agli screening fare attenzione a un inserimento lavorativo quasi esclusivamente in attività di cura o pulizia, che rappresenta un potenziale fattore di discriminazione e scarsa integrazione contrastare le condizioni di isolamento sociale delle donne straniere impegnate in lavori di cura.

- **Lavoro:** si è segnalata la necessità di attenzione alle particolari condizioni di occupabilità delle giovani donne istruite, occupate più dei loro compagni in lavori atipici e con reti di sicurezza spesso insufficienti a consentire una maternità, anche quando desiderata.

- **Sicurezza e qualità della vita:** l'aumento di casi di violenza sulle donne deve spingere a considerare il tema sicurezza nei suoi molteplici aspetti sia per quel che riguarda la sicurezza in città, sia il contrasto delle forme di violenza domestica

- **Partecipazione agli screening:** occorre migliorare l'adesione delle donne agli screening per la diagnosi precoce del tumore della mammella e della cervice uterina, in particolare nella fascia debole rappresentata dalle donne immigrate, adottando strategie di informazione e formazione culturalmente sostenibili.

4.8 Valorizzazione delle risorse umane

Elemento primario per la realizzazione del nuovo sistema di welfare che punta alla valorizzazione di tutte le risorse in campo e alla cura della rete, è la cura delle risorse umane. Da un lato occorre promuovere azioni volte a ridurre il turn over e determinare modelli organizzativi più stabili per ridurre la difficoltà nella continuità degli interventi e nei rapporti sia con i soggetti destinatari degli interventi, sia con gli altri soggetti della rete coinvolti nella realizzazione degli interventi; dall'altro sarà importante andare a promuovere la qualificazione del personale e la formazione congiunta e tutoraggio di tutti soggetti in campo (Famiglie, volontariato, operatori dei diversi Enti pubblici) e nuove figure professionali che siano in grado di affrontare le nuove problematiche emergenti e attivare tutte le risorse per realizzare e valorizzare il nuovo approccio ad un sistema di welfare di comunità.

In particolare le nuove figure professionali da promuovere sono:

- operatori di raccordo del sistema sociale, sanitario, educativo
- figure tecniche specialistiche come raccordo tra Enti pubblici e Coop tipo B
- mediatori culturali-familiari-sociali-interculturali
- nuove figure professionali che lavorino in stretta sinergia con insegnanti e psicologi: approccio multidimensionale alle nuove problematiche giovanili
- riconoscimento del profilo professionale dei mediatori culturali e professionalizzazione delle assistenti familiari
- figura dell'operatore sociale "pari" per servizi rivolti adulti a rischio esclusione e animatore sociale in strutture accoglienza bassa soglia: processi di empowerment, aggancio relazionale, relazioni con il territorio

5. Obiettivi prioritari per specifici target di riferimento

In questa sessione del documento vengono approfonditi i bisogni comuni a determinati target di popolazione, definendo indirizzi e priorità per il triennio. Come premessa ad ogni capitolo vengono sintetizzate le macrolinee di intervento che vengono più dettagliatamente declinate nelle tabelle seguenti per bisogni emergenti, obiettivi specifici e indicatori di risultato.

5. 1 Responsabilità familiari - Infanzia e adolescenza

Quest'ambito riguarda una serie di politiche che si caratterizzano per una pluralità di interventi, da un lato di sostegno alle funzioni familiari e genitoriali, dall'altro di carattere educativo e scolastico, ma anche di tutela del bambino e dell'adolescente da forme gravi di disagio e/o di violenza dovute a situazioni familiari, sociali, relazionali.

Particolare attenzione al tema adolescenza

Uno degli aspetti in cui si ritiene opportuno concentrare l'attenzione nel prossimo triennio riguarda l'ambito degli interventi rivolti all'adolescenza. Le iniziative e le progettualità che si sono realizzate sino ad ora richiedono infatti un rafforzamento dell'integrazione e coordinamento per una messa a sistema in un quadro programmatico cittadino che contemperi le esigenze strategiche generali con le effettive potenzialità delle realtà territoriali. In quest'ottica vanno messi messi in rete i soggetti coinvolti (Comune nelle sue diverse articolazioni, Ausl, Istituti scolastici, Terzo Settore).

Sviluppare progetti rivolti agli adolescenti non solo per limitare il disagio sociale, quindi, ma per integrare l'offerta formativa della scuola con opportunità culturali, aggregative, sportive e formative e creare le necessarie sinergie tra iniziative rivolte al "disagio" e quelle rivolte all'"agio", anche in una visione di prevenzione e promozione di stili di vita sani.

In questa prospettiva si inquadra anche la riprogettazione della rete dei Centri Anni Verdi, gestiti dall'ASP Irides, al fine di promuovere una offerta più moderna e adeguata nella direzione di una maggiore integrazione con le scuole.

Particolare attenzione andrà portata alle manifestazioni di disagio psicologico e ai comportamenti a rischio che possono portare ai sempre più numerosi casi di violenza nelle scuole.

Le famiglie come risorse da sostenere e promuovere

Gli interventi di promozione della salute e del benessere sociale non possono prescindere da un'attenzione specifica al tema delle famiglie in quanto svolgono funzioni di cura in tutte le fasi del ciclo di vita delle persone e, in particolare, quando un componente il nucleo familiare non è autonomo.

Si tratta di una responsabilità che va sostenuta e valorizzata utilizzando una molteplicità di strumenti: i servizi, i contributi economici, l'informazione, l'orientamento, l'accompagnamento, la promozione di esperienze di aggregazione e coesione sociale come ad esempio le banche del tempo.

La normativa nazionale e regionale, la Conferenza nazionale di Firenze, il documento programmatico consiliare del luglio 2008 e i numerosi ordini del giorno approvati dal Consiglio Comunale confermano l'esigenza di tale attenzione in una logica di sussidiarietà verticale e orizzontale.

La Consulta delle associazioni familiari, organo del Consiglio Comunale, e l'osservatorio nazionale sulla famiglia hanno, in questi anni, esercitato una funzione di sensibilizzazione e di analisi conoscitiva delle trasformazioni delle famiglie e delle esperienze più significative di sostegno alle funzioni di cura.

In specifico, la Consulta delle associazioni familiari, tra i tanti temi che ha ritenuto di mettere all'attenzione delle politiche locali, emerge quello relativo alla *facilitazione alla casa da parte delle giovani coppie e del lavoro come condizione primaria del benessere delle famiglie* sia sul versante dell'orientamento alle persone (sportelli lavoro, sportelli sociali, formazione, gruppi di auto aiuto) sia su quello delle imprese, del contenimento dei prezzi.

Lo sforzo da compiere, in una logica di trasversalità tra settori e istituzioni diverse, è quello di *mettere a sistema* le opportunità di sostegno alle famiglie nei momenti in cui più è richiesto un impegno di cura come l'infanzia, l'adolescenza, l'età anziana.

Il *Centro per le famiglie*, servizio promosso dalla legge regionale 27/89 e recentemente inserito nella legge 14/2008 sulle giovani generazioni, esprime questo sforzo di promozione e di sostegno delle famiglie con figli nelle diverse aree: quella dei trasferimenti economici, del sostegno educativo e relazionale, dello sviluppo di comunità e dell'orientamento informativo.

Si tratta di approfondire le connessioni tra il servizio, oggi a gestione ASP IRIDES, e le competenze dei quartieri nella convinzione che una politica per le famiglie si realizzi sia in una dimensione territoriale sia in una dimensione di orientamento cittadino.

Sostegno alle famiglie "fragili" in situazione di difficoltà economica e precarietà

Tra i tanti interventi di sostegno alle famiglie cui si intende dare continuità viene data priorità a quelli di sostegno al reddito in particolare per i nuclei monogenitoriali e per le famiglie numerose (il 46% delle famiglie che chiedono aiuto ai servizi hanno problematiche economiche e/o abitative), sia con contributi economici e politiche tariffarie, sia a forme innovative di supporto che consentano l'accesso e il mantenimento del lavoro come ad esempio la sperimentazione del "microcredito" (in collaborazione con l'ASP Poveri Vergognosi), il consolidamento dei "prestiti sull'onore" che consistono in prestiti, senza interessi, concessi a famiglie che si trovano in condizione di difficoltà economica temporanea e contingente in una logica della promozione della capacità di autonomia erogati dal centro per le famiglie (in collaborazione con ASP Irides) o con interventi che consentano la conciliazione dei tempi di cura e di lavoro come il "voucher conciliativo".

Servizi educativi

A fronte del trend di crescita della popolazione in età compresa tra 0 e 2 anni (+5,7% tra il 31.12.2003 e il 30.09.2008) e l'aumento della propensione alla richiesta del nido d'infanzia da parte delle famiglie, oltre che rafforzare le opportunità educative rivolte all'infanzia tradizionalmente diffuse a Bologna, sarà necessario

sviluppare servizi più flessibili da affiancare al nido. Interventi organizzati e gestiti con modalità differenziate per i quali sviluppare un forte controllo della qualità e dei costi.

La sperimentazione di nuovi servizi dovrà sempre più caratterizzarsi per la presenza del Comune di Bologna in un ruolo di governo, sia a monte nell'analisi dei bisogni delle famiglie, sia nella progettazione per facilitarne l'accesso e per dare a tali servizi una struttura e un disegno che soddisfi le esigenze delle famiglie (dal servizio di educatore familiare già avviato con il servizio "Nido-casa", progetto tata -bologna)

Dal 2009 il voucher conciliativo, quale strumento introdotto con l'obiettivo di conciliare i tempi di cura e i tempi di lavoro e in questo modo contrastare fenomeni di emarginazione dal mondo del lavoro delle fasce più deboli, potrà rappresentare un ulteriore importante canale per lo sviluppo dei servizi educativi offerti da gestori privati autorizzati al funzionamento, favorendone l'accesso.

Va sottolineato un nuovo impegno per il diritto allo studio: adeguamento dell'offerta di servizi alle nuove esigenze dei genitori, integrazione interculturale, attenzione alla socializzazione dei ragazzi e contrasto della violenza nelle scuole, attenzione alle difficoltà economiche delle famiglie che ostacolano l'uguaglianza dell'accesso alle opportunità educative, contrasto dell'abbandono e della dispersione, inclusione dei migranti di seconda generazione.

Sviluppare, inoltre, un nuovo approccio improntato al noto concetto di "educazione permanente" per tutto l'arco della vita, che veda il Comune protagonista nel promuovere lo sviluppo di una rete di servizi educativi implementati dalle numerose agenzie formative che operano sul territorio e operanti nei diversi ambiti educativi (ambientale, cittadinanza e democrazia, storico-culturale, etc.).

Grande attenzione ai bambini più "fragili" a rischio di esclusione: gli alunni disabili, i bambini di altre lingue e culture.

Sostegno alle famiglie e ai minori in difficoltà

I segnali di sofferenza delle famiglie con figli minori sono andati crescendo costantemente negli ultimi anni, e toccano i diversi ambiti della vita quotidiana: l'impoverimento determinato dalla crisi economica, la perdita del lavoro, l'aumento dei nuclei monogenitoriali, le reti sociali che faticano sempre più a svolgere funzioni di sostegno. Tali difficoltà generali, per i nuclei immigrati rappresentano ulteriori ostacoli nei percorsi di integrazione, rendendoli ancora più complessi.

I numeri delle prese in carico da parte dei servizi risultano in costante aumento.

L'accoglienza residenziale ha richiesto negli anni investimenti sempre più ingenti che hanno assorbito la maggioranza delle risorse economiche disponibili. Seguendo una linea di tendenza generalizzata a livello regionale e nazionale.

Si evidenzia un forte impegno dei servizi nell'ambito dell'accoglienza: sono circa 350 i minori accolti in strutture socio educative (il 52% del totale provinciale) e quasi 600 i minori che hanno transitato nell'ultimo anno in strutture di pronta accoglienza rivolta a minori non accompagnati (81% della provincia).

In forte incremento anche l'accoglienza di donne sole con figli minori, spesso immigrate: sono tra i soggetti a maggiore fragilità sociale ed esposte ad altissimi rischi di esclusione e frequentemente la loro condizione di disagio sociale si riflette, inevitabilmente, sulla loro stabilità genitoriale. Si tratta di interventi che molto spesso hanno il carattere dell'obbligatorietà (nel caso di interventi dell'Autorità giudiziaria), ma anche molto onerosi.

Sono peraltro indicativi della difficoltà di molte famiglie nel sostenere le funzioni educative e di accudimento tanto da indurre provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria a limite della potestà genitoriale per la tutela dei minori presenti nei nuclei. Risulterebbe quindi necessario riorientare gli interventi sul versante preventivo e di produzione del benessere piuttosto che mantenerli concentrati sul fronte riparativo, di intervento in situazioni di disagio già conclamato e a volte cronicizzato.

L'impegno nei prossimi anni sarà quello di potenziare gli interventi per prevenire, dove possibile, l'allontanamento del minore dal nucleo (potenziando interventi più "leggeri" come, ad esempio, gli interventi domiciliari e sostegno ai nuclei³² e contestualmente lavorare sulla razionalizzazione dell'accoglienza.

Gli interventi andranno pertanto indirizzati ad una qualificazione dell'accoglienza residenziale volta a pianificazione l'offerta di posti in comunità, con il coinvolgimento dell'Asp Irides, del Centro Giustizia Minorile, del terzo settore, per dare a Bologna una rete di opportunità adeguata quantitativamente alle esigenze attuali e qualitativamente specializzate per problematiche specifiche, al fine di evitare collocamenti fuori regione con costi elevati ed interruzione dei percorsi di cura e di integrazione col territorio (per minori residenti, stranieri non accompagnati, ma anche per i ragazzi che entrano nel circuito penale). Va in questa direzione anche la progettazione di una comunità educativa adeguata per minori con disturbi comportamentali e psichiatrici, o l'attivazione di nuove modalità sperimentali come iniziative di sostegno alle famiglie con situazioni di minori gravemente problematici (ad esempio "fine settimana di sollievo") in cui i ragazzi vengono accolti da educatori o famiglie affidatarie per alleviare il peso della gestione intrafamiliare dei minori che possono minare la tenuta del lavoro di cura delle famiglie, con il conseguente rischio di allontanamento del minore dal nucleo.

³² Vedi Direttiva Rer 846/2007

TABELLA - GLI OBIETTIVI STRATEGICI TRIENNALI DI SALUTE E BENESSERE SOCIALE

TARGET									
Respons.tà Familiari	infanzia adolescenza	e Giovani	Anziani	Disabili	Immigrati stranieri	Povertà e Esclusione sociale	Salute mentale	Dipendenze	
X <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> X	X <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FINALITÀ									
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani		Prevenzione				Cura/Assistenza		X	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	X						
RIFERITI ALL'INTEGRAZIONE GESTIONALE E PROFESSIONALE									
BISOGNI EMERGENTI DAL PROFILO DI COMUNITÀ IN AMBITO DISTRETTUALE									
- Necessità di integrazione tra le politiche per la prevenzione e la promozione del benessere:	<ul style="list-style-type: none"> necessità del riconoscimento e della tutela dei diritti personali e di cittadinanza dell'infanzia e dell'adolescenza, quali il diritto fondamentale al benessere e alla salute, in tutte le politiche settoriali necessità di interventi su comportamenti a rischio al fine di evitare costi sociali elevati in termini di cura o riabilitazione (scarsa attività motoria e scelte alimentari errate che causano obesità, consumo di alcol e tabacco, uso non corretto di contraccettivi, disattenzione delle norme di sicurezza stradale, di sicurezza domestica) necessità di sviluppare attività di sostegno alle diverse forme di aggregazione, volte alla promozione della creatività, di stili di vita sani, all'incontro e partecipazione 								
- Necessità di sostegno alle famiglie in situazione di difficoltà economica e precarietà	<ul style="list-style-type: none"> aumento delle difficoltà (anche esclusione sociale) di madri sole con figli in una situazione di crisi economica come quella attuale, emergono situazioni di difficoltà economica temporanee, che possono avere come conseguenza povertà o difficoltà relazionali 								
- Necessità di potenziamento e sviluppo dei servizi educativi, in particolare per la prima infanzia	<ul style="list-style-type: none"> in particolare si registra un aumento della popolazione 0-3 e più in generale 0-14 sono in aumento le richieste di servizi rivolti alla fascia 0-3; da indicazioni regionali si evidenzia la necessità di promuovere i servizi educativi sperimentali per la prima infanzia si richiede maggiore flessibilità e qualità ai servizi scolastici ed extra-scolastici emergono nuovi bisogni di salute rivolti alla fascia 0-14. 								
- Necessità di migliorare il sistema di sostegno alle famiglie e ai minori in difficoltà contrastando il ricorso agli allontanamenti:	<ul style="list-style-type: none"> da indicazioni nazionali e regionali si evidenzia la necessità di supportare i nuclei familiari con nuovi nati sviluppare percorsi di sostegno per genitori e figli che vivono l'esperienza dell'affido e dell'adozione circa 1/3 dei bambini/ragazzi del territorio non sono assistiti dal SSN (stranieri) il cambiamento degli stili di vita familiari produce un aumento di richieste da parte delle famiglie di sostegno e strumenti di decodifica di situazioni problematiche presenza di situazioni familiari multi-problematiche (disagio familiare, disagio scolastico, problemi di integrazione sociale, ecc.) richiesta di interventi per adolescenti in difficoltà (disagio scolastico, difficoltà di integrazione, disagio psicologico, uso di sostanze, violenza scolastica ecc.) previsione di un ampliamento dell'istituto penale minorile con aumento dei minori seguiti, con una crescente incidenza di giovani portatori di disturbi psichici aumento dei minori sottoposti a provvedimenti del tribunale per i minorenni (allontanamento dalla famiglia) consistente presenza di minori stranieri non accompagnati (sono l'81% della provincia) crescente richiesta di protezione e accoglienza di donne sole con figli minori 								
- Necessità di coordinamento tra i servizi:	<ul style="list-style-type: none"> a fronte di situazioni multi-problematiche a fronte di situazioni di grave disabilità al fine di attuare una programmazione concertata e ottimizzata a fronte di risorse decrescenti 								
- Necessità di favorire il dialogo e lo scambio tra generazioni, popolazioni	<ul style="list-style-type: none"> l'analisi del capitale sociale della nostra città evidenzia una ricchezza associativa e partecipativa; si evidenziano però situazioni conflittuali tra generazioni e popolazioni di diversa provenienza (immigrati), situazioni di esclusione sociale 								

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

1. Politiche per la prevenzione e la promozione del benessere

- la promozione degli stili di vita sani, quali una sana alimentazione, movimento e orientamento in spazi aperti e chiusi, informazione e sensibilizzazione sulle malattie, l'educazione alla affettività e sessualità, in particolare coinvolgendo gli adolescenti e i giovani. In tale ambito occorre anche rilanciare la prevenzione delle dipendenze da sostanze e da alcol e tabacco, in tutti gli ambienti di vita dei ragazzi: scuola, sport, strada, luoghi del divertimento
- riprogettazione della rete dei Centri Anni Verdi e delle altre opportunità di incontro e iniziativa, presenti nei quartieri, al fine di promuovere una offerta educativa per gli adolescenti, moderna ed adeguata
- coordinamento dei diversi tipi di interventi su iniziative partecipative e per il tempo libero: sportive e culturali, luoghi di aggregazione
- favorire l'integrazione di soggetti stranieri all'interno dei percorsi di prevenzione e promozione della salute, anche attraverso l'ausilio di mediazione culturale
- prevenzione volta a ridurre costi di presa in carico sociale e sanitaria (individuare strategie preventive per comportamenti a rischio, per es. disagio psicologico)

2. sostegno alle famiglie in situazione di difficoltà economica e precarietà:

- sviluppo di politiche di conciliazione a favore delle famiglie per promuovere condizioni di parti opportunità di accesso e permanenza nel mercato del lavoro e per perseguire l'obiettivo di favorire la conciliazione tra tempi di cura e di lavoro. Introduzione del "voucher conciliativo"
- la significativa accentuazione dell'impoverimento di fasce della popolazione rende urgente la definizione di un vero e proprio piano cittadino per il contrasto della povertà, che presti attenzione alle cause dell'impoverimento, agendo preventivamente per limitarne gli effetti
- sperimentazione di forme di sostegno economico che escano dalla logica assistenzialistica (per es. microcredito in collaborazione con ASP Poveri Vergognosi)

3. Potenziamento e sviluppo dei servizi educativi

- nuovo impegno per il diritto allo studio: adeguamento dell'offerta di servizi alle nuove esigenze dei genitori, integrazione interculturale, attenzione alla socializzazione dei ragazzi e contrasto della violenza nelle scuole, attenzione alle difficoltà economiche delle famiglie che ostacolano l'uguaglianza dell'accesso alle opportunità educative, contrasto dell'abbandono e della dispersione, integrazione dei migranti di 2° generazione, sviluppo di percorsi di continuità tra il mondo della scuola e del lavoro e di transizione al lavoro
- sviluppo di politiche per la formazione durante tutto l'arco della vita
- inquadramento delle iniziative di integrazione scolastica degli allievi disabili in un progetto di vita, con specifica attenzione ai passaggi tra i diversi gradi dell'istruzione e tra scuola e lavoro;
- nuovo piano per l'estensione dell'offerta di servizi per la prima infanzia, non necessariamente di nido, e salvaguardia della piena frequenza della scuola per l'infanzia anche attraverso interventi di inclusione ed integrazione dei bambini e famiglie di altre culture e risposte sperimentali che devono diventare sistema

4. Sostegno alle famiglie e ai minori in difficoltà:

- la diffusione di occasioni di confronto e formazione per i genitori, con offerta di consulenze soprattutto in ambito educativo, anche di gruppo
- promuovere consapevolezza e competenza riguardo alla tutela della salute sessuale e riproduttiva, sostegno alla gravidanza e maternità, anche per famiglie affidatarie e adottive
- sperimentazione e implementazione di forme di sostegno anche domiciliare alle famiglie per contrastare il deterioramento e la cronicizzazione delle condizioni di disagio
- adeguato trattamento di minori con problematiche psichiatriche (evitare trasferimenti fuori regione, evitare inserimento in strutture connotate per utenza psichiatrica conclamata e quindi precoce psichiatrizzazione di minori)
- attivazione di "fine settimana di sollievo" per famiglie con figli in grave disagio al fine di evitare le rotture del nucleo familiare con conseguente inserimento del minore in strutture
- presa in carico dei minori non accompagnati attraverso interventi articolati e orientati alla loro tutela e all'accompagnamento nei percorsi di integrazione

5. Coordinamento tra servizi

- migliore integrazione delle politiche comunali in campo educativo con i consultori e i servizi di neuropsichiatria al fine di perseguire il miglioramento dell'efficacia dei servizi
- integrazione delle azioni a sostegno delle funzioni genitoriali erogate presso i quartieri, l'armonizzazione operativa tra i servizi educativo-scolastici e gli educatori dei servizi sociali
- integrazione delle tradizionali prestazioni di aiuto economico, superandone la settorializzazione per target di popolazione, coordinando le erogazioni economiche (assistenziali, per la casa, per la cura, per le disabilità, donne sole con figli ecc.) e cercando di colmare le lacune (disoccupazione cronica, espulsione dal mercato del lavoro)
- riorganizzazione delle equipe multidisciplinari, per la valutazione dei casi complessi e la presa in carico congiunta dei servizi sociali e sanitari
- formalizzazione dei rapporti con il Tribunale dei Minorenni
- limitazione degli eccessi di istituzionalizzazione dei minori in comunità, attraverso una migliore promozione dell'affido e la sperimentazione di forme di "presa in carico leggera" del minore in difficoltà e dei suoi genitori, semplificazione procedure

di affido;

- pianificazione dell'offerta di posti in accoglienza nelle sue diverse tipologie sia per minori sia per donne sole con figli, con il coinvolgimento dell'Asp Irides, del Centro Giustizia Minorile, del terzo settore, per dare a Bologna (con un'ottica provinciale) una rete di opportunità adeguata qualitativamente alle esigenze attuali, ma anche autosufficiente
- organizzazione della rete di coordinamento tra servizi sociali e sanitari al fine della realizzazione di invii mirati e veloci di famiglie e minori
- raccordo tra accoglienza familiare e in struttura, anche attraverso il sostegno alla domiciliarità e interventi sociali e sanitari mirati e tempestivi

6. sviluppo servizi

- sviluppo dei servizi sociali professionali, anche attraverso una specifica formazione degli operatori
- definizione di accordi con l'Ausl, in ambito provinciale, per il consolidamento di servizi specializzati, ad esempio per l'abuso e il maltrattamento
- rafforzamento dell'Ufficio Tutele e della consulenza giuridica per la tutela dei minori
- sviluppo delle relazioni di rete per l'accoglienza temporanea per casi specifici, per esempio protezione delle minori vittime della tratta
- sviluppo protocolli tra servizi (Ausl - Comune - Cgm) ai fini dell'integrazione socio-sanitaria
- definizione di accordi in ambito provinciale per la pronta accoglienza dei minori stranieri non accompagnati (cfr. Progetto sovrazonale ricompreso in Piano attuativo 2009)

OBIETTIVI D'INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE

- coinvolgimento associazioni, volontariato, parrocchie (promozione dell'agio, tempo libero, servizi extra-scuola, relazioni tra generazioni, progetti di integrazione con altre culture, dialogo interreligioso)
- scuole/enti formazione: sviluppo competenze e formazione dei giovani, contrasto del disagio giovanile, del disagio scolastico, della dispersione scolastica
- attivazione di percorsi di integrazione con i settori della cultura, dello sport, della sicurezza su temi comuni

INDICATORI DI RISULTATO

- frequenze (n° soggetti/nuclei familiari/genitori presi in carico/utenza, n° centri aperti, n° visite domiciliari, n° esperienze di mutuo aiuto, n° soggetti coinvolti nella progettazione, n° di prestiti erogati/prestazioni economiche, n° richieste)
- di attività (aperture settimanali, programmazione attività, iniziative)
- descrittivi (target, tipologie situazioni problematiche risolte)
- reclami (n° segnalazioni cittadini)
- di integrazione (n° soggetti/nuclei familiari seguiti congiuntamente;protocolli)
- indicatori di qualità (questionari di gradimento, follow-up)
- indicatori di risultato: efficienza (rapporto costi-objettivo/utenza raggiunta)
- indicatori di processo (adeguamento al mutare del bisogno dell'obiettivo)

5. 2 Giovani e dipendenze

La dipendenza da sostanze, richiamando la definizione dell'OMS, è una “malattia cronica recidivante”, una patologia grave che ha pesanti ricadute sia sul versante sanitario che sul versante sociale. Per la complessità del fenomeno, che richiede un inquadramento diagnostico multiprofessionale, il trattamento e la cura, in modo integrato, sono di competenza dell'Azienda USL attraverso il SerT mentre al Comune afferiscono le attività di prevenzione primaria e quelle inerenti la lotta all'esclusione sociale delle persone con problemi di dipendenza.

A fronte del mutare del fenomeno, che vede, da un lato l'abbassamento dell'età media di approccio alle sostanze e del consumo abituale (16-17 anni per le sostanze e 13-14 anni per l'alcool) e dall'altra la presenza di policonsumatori che assumono cocaina e altri psicostimolanti assieme a cannabis ed alcool e che utilizzano le sostanze in contesti socializzanti, per finalità ricreazionali e prestazionali, è assolutamente necessario attrezzare e innovare il sistema dei servizi in quanto quelli sino ad ora proposti necessitano di una integrazione e di nuove strategie di approccio.

Uno dei principali progetti che verrà promosso in quest'ottica di innovazione è il **Percorso per giovani consumatori problematici nella città di Bologna che verrà realizzato in stretta collaborazione tra Comune e Ausl.**

Il servizio sarà in particolare rivolto alle nuove droghe e forme di consumo, creando un punto di consulenza specifica e di prevenzione, un luogo di cura protetto e non stigmatizzante per giovani in fase precocissima di tossicodipendenza per la valutazione psico-diagnostica e la consulenza a genitori, insegnanti, operatori coinvolti a vario titolo nel problema dell'uso di sostanze psicoattive. Il progetto si affianca alle sperimentazioni ed agli interventi che negli ultimi anni sono stati promossi sia dall'AUSL sia dal Comune a favore degli adolescenti, di cui un esempio è, all'interno dei Consultori, lo Spazio Giovani in cui collaborano in modo integrato diverse professioni sanitarie con differenziate attività di promozione della salute rivolte sia ai giovani sia a genitori, insegnanti ed educatori.

Affianco a questa opportunità innovativa nel prossimo triennio verranno mantenute le attività in corso di prevenzione nelle scuole, nei luoghi del divertimento notturno e in eventi aggregativi, nelle palestre (in particolare per quel che riguarda l'uso di sostanze dopanti).

Verranno consolidati gli interventi di prossimità non esclusivamente rivolti alle persone con problemi di dipendenza, ma più estesamente ai giovani e adulti a rischio di esclusione.

Sarà data continuità all'accoglienza nelle strutture disponibili a Bologna, anche in questo caso non esclusivamente dedicate ai tossicodipendenti, ma nelle quali rappresentano, in ogni modo, attualmente il 50% delle presenze. E' pertanto necessaria una maggiore integrazione fra gli interventi di prossimità e gli interventi legati all'accoglienza.

TABELLA - GLI OBIETTIVI STRATEGICI TRIENNALI DI SALUTE E BENESSERE SOCIALE

TARGET												
Respons.tà Familiari	infanzia adolescenza	e Giovani	Anziani	Disabili	Immigrati stranieri	Povertà e Esclusione sociale	Salute mentale	Dipendenze				
FINALITÀ												
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani						Prevenzione	Cura/Assistenza					
X						X	X					
RIFERITI ALL'INTEGRAZIONE GESTIONALE E PROFESSIONALE												
BISOGNI EMERGENTI DAL PROFILO DI COMUNITÀ IN AMBITO DISTRETTUALE												
<ul style="list-style-type: none"> - aumento del “disagio”, personale, familiare e sociale, con una tendenza alla solitudine e all’individualismo: diffusa difficoltà ad investire nelle relazioni sociali e una ricerca di figure adulte di riferimento - aumento nuove dipendenze insieme alle sostanze, anche videogiochi, disturbi alimentari - l’aumento del disagio non riguarda solo i ragazzi, ma riguarda anche il mondo adulto e le istituzioni del contesto: questo può produrre diverse reazioni “densive”: - abbassamento dell’età media del consumo - aumento del consumo di sostanze psicotrope in particolare alcool, cocaina, ritorno dell’eroina (con differenti modalità e contesti di consumo) e vi è un ritorno di allucinogeni quali il DMT e pseudo allucinogeni come la ketamina (dissociativo) e le piperazine - lo svantaggio scolastico, sociale, culturale e familiare rappresenta un fattore di rischio per comportamenti quali uso di sostanze psicoattive, sessualità non protetta, guida pericolosa (opportuno quindi attivare progetti specifici rivolti agli adolescenti meno scolarizzati, come i frequentatori dei corsi professionali, dei gruppi educativi e delle comunità, contesti che vedono una presenza molto alta di ragazzi stranieri) - aumento dei poliassuntori a prevalenza di cocaina/e con un “fai da te” che ricerca e sperimenta diverse combinazioni: da quelle di tipo compensativo, a quelle performative, a quelle <i>random</i> - Trasformazione culturale: “La scena del consumo non è quella della dipendenza” - trasversalità del consumo rispetto ai fattori socio-demografici e assenza di connessione chiara tra consumo e disagio - La presenza estesa di binge use (inteso come 5 o più drinks nella stessa occasione ed almeno una volta negli ultimi 30 giorni) ed heavy use (5 più drinks nella stessa occasione per almeno 5 giorni o più nell’ultimo mese) che si estende dall’alcol ad altre sostanze illegali; - Un complessivo abbassamento dei prezzi e una facilità a reperire le diverse sostanze in diversi contesti ovvero un aumento di continuità con il fenomeno; - rispetto agli andamenti regionali chi guida adotta a Bologna delle pratiche meno rischiose di chi non guida (in base statistiche guidatori sottoposti ad etilometro e i non guidatori sottoposti all’etilometro). Differenza da indagare meglio, se verificata, per comprendere quali sistemi protettivi siano stati attivati - presenza di “vecchi” consumatori, spesso “ri-sommersi” dopo numerose esperienze con il sistema dei servizi e i programmi drug free, sovente in situazione di cronicità; - Aumento consumatori senza diritti di cittadinanza ed in particolare senza accesso al sistema dei servizi (stranieri illegali e senza fissa dimora) - Consumatori in situazioni di crisi ed emergenza (ricadute dopo comunità o carcere, allontanamento dalla famiglia, gravidanza, sieropositività o AIDS, ecc.) - Si evidenzia nei servizi a bassa soglia una maggiore presenza di maschi in una fascia di età compresa tra i 30 e i 45 anni, e una presenza significativa di utenza con licenza media inferiore (70%) - Gli utenti che afferiscono ai servizi di bassa soglia mostrano la necessità di avere a disposizione progetti di intervento che coinvolgano anche solo poche ore al giorno - Notevole aumento degli utenti del Sert over 50 che cominciano ad avere problemi di lavoro - Forte presenza di utenti “anziani” nelle nuove prese in carico di alcolisti 												

- Rilevante presenza di utenza uscita da anni dal mondo del lavoro, ma anche una importante percentuale di utenti con nessuna esperienza lavorativa pregressa da cui l'esigenza da un lato di attivare interventi di orientamento, sostegno e valutazione delle competenze (per persone uscite da molto tempo dai percorsi lavorativi) e dall'altro attivare percorsi formativi (per persone senza precedenti esperienze)

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

-Educazione e promozione alla salute in particolare su alcool e sostanze psicostimolanti con interventi nelle scuole di 1° e 2° grado, con specifiche attività di consulenza ed ascolto che dovranno tener conto delle diverse fasi dello sviluppo emotivo, cognitivo e sociale ed essere adeguati ai contesti di vita dei ragazzi.

-Prevenzione in ambito sociale con riferimento ai giovani con interventi finalizzati a responsabilizzarli sui propri comportamenti attraverso un approccio ai fattori di rischio rispetto al consumo di sostanze psicoattive, anche legato alle attività sportive.

-Percorso per giovani policonsumatori problematici in collaborazione Comune, Ausl e privato sociale (Enti ausiliari e Coop sociali)

-Implementazione dei servizi di prossimità rivolti ai contesti del divertimento notturno nei quali promuovere la salute e la sicurezza, con particolare attenzione ai rischi legati al consumo di sostanze legali ed illegali, anche connesse agli incidenti stradali, in collaborazione con AUSL, Forze dell'ordine, servizi emergenza/urgenza, organizzatori e gestori delle attività rivolte al *loisir*

-Supporto all'elaborazione del protocollo d'intesa AUSL - DSM-DP e Comune di Bologna, sul tema degli interventi relativi alle persone con problemi di tossicodipendenza

-Integrazione sul tema del lavoro tra i servizi pubblici per l'impiego e il Sert

OBIETTIVI D'INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE

Integrazione con le politiche sociali, sanitarie, scolastiche, culturali, del lavoro, commercio e di sicurezza

INDICATORI DI RISULTATO

-Mantenimento dei progetti di prevenzione all'uso-abuso di sostanze legali, illegali e dopanti all'interno degli istituti scolastici e dei luoghi del divertimento notturno.

-Avvio delle azioni inerenti la prevenzione delle sostanze dopanti nei frequentatori delle palestre bolognesi

-Riformulazione del protocollo tra Sert e Comune di Bologna per la gestione degli interventi rivolti alla popolazione tossicodipendente

-Avvio del percorso per giovani policonsumatori problematici

5.3 Immigrati stranieri

Per questa fascia di popolazione che ha un peso sempre più significativo nella nostra realtà cittadina i servizi si muoveranno secondo due direttive principali, da un lato garantendo l'equità dell'accesso ai servizi dedicati alla totalità dei cittadini residenti e dall'altro, fornendo servizi specialistici intervenendo solo su quella parte di bisogni specifici espressi dalla popolazione immigrata che non trovano risposta nei servizi tradizionali o per i quali i servizi richiedono un'integrazione professionale.

Riuscire a far fronte alle esigenze di una città multietnica come quella di Bologna richiede, in sostanza, sia la capacità dei Servizi tradizionali di trasformarsi per rispondere ai bisogni integrando la popolazione migrante tra la propria utenza, sia quella di sviluppare e rendere sempre più specialistici gli interventi riferiti all'emersione di vecchi e nuovi bisogni specifici legati all'evoluzione costante del fenomeno migratorio.

Per quel che concerne gli interventi specialistici si possono aggregare in tre macrocategorie:

- Servizi di informazione consulenza e orientamento
- Interventi di integrazione: mediazione interculturale, alfabetizzazione e attività di contrasto alle discriminazioni
- Servizi di accoglienza

Servizi di informazione consulenza e orientamento

Il sistema degli sportelli specialistici presenti da molti anni in città, volti ad informare sulla condizione giuridica di cittadino straniero in Italia e sull'acceso ai diritti di cittadinanza, orientare alle procedure burocratiche e amministrative inerenti il soggiorno, fornire consulenza sull'iter procedurale per la presentazione della domanda di asilo, sulla condizione e sui diritti/doveri del beneficiario di protezione umanitaria/rifugiato e orientare all'accesso ai servizi esistenti e opportunità della rete (soggetti pubblici e privati per le necessità primarie nel momento di arrivo), andrà complessivamente rivisto alla luce dell'attivazione degli Sportelli Sociali nei Quartieri e della crescente offerta sul territorio di sportelli specifici da parte dall'associazionismo, dai patronati e dal privato sociale.

La linea di sviluppo in quest'ambito riguarderà in via prioritaria il coordinamento della rete con gli altri sportelli presenti in città, promuovendo una sempre maggiore specializzazione per quel che riguarda gli interventi per richiedenti asilo e protezioni umanitarie e favorendo un più stretto raccordo con Ausl, Prefettura e Questura.

Interventi di integrazione

Gli interventi di mediazione interculturale realizzati sia dal Comune per l'ambito sociale che dall'Ausl per l'ambito sanitario, con l'obiettivo di facilitare la comunicazione e la relazione tra utenti stranieri ed operatori dei servizi pubblici (operatori scolastici, operatori Servizi sociali e sanitari territoriali) andranno sviluppati nei prossimi anni anche a fronte di un costante aumento della richiesta.

Le linee di sviluppo riguardano: l'integrazione dei servizi di mediazione culturale tra Comune e Ausl, una programmazione degli interventi di mediazione che tenga conto dell'articolazione dei Servizi Sociali Territoriali e degli altri ambiti d'intervento, l'aggiornamento dei mediatori.

Sarà necessario anche un potenziamento degli interventi di sostegno all'apprendimento della lingua italiana da parte degli stranieri adulti con una particolare attenzione al fabbisogno formativo delle donne straniere e al "primo apprendimento-alfabetizzazione" rivolto alle persone straniere residenti da meno di un anno. Attualmente un parte di interventi rivolti all'alfabetizzazione vengono offerti dal Comune (attraverso il Servizio CD/LEI) e in gran parte da associazioni e volontari presenti nel territorio. Il potenziamento e la qualificazione degli interventi si potrà realizzare anche attraverso la messa in rete delle opportunità già presenti.

Particolare attenzione dovrà essere posta ai ricongiungimenti familiari, momento strategico rispetto ai successivi momenti di integrazione. Si sperimenteranno forme di sostegno specifico anche in collaborazione con le Istituzioni scolastiche e lo Sportello Unico per l'immigrazione.

Le attività del Centro Zonarelli verranno opportunamente sostenute anche nel prossimo triennio con particolare riferimento alle iniziative già avviate a favore delle seconde generazioni e delle Associazioni che fanno riferimento al Centro.

Nell'ambito integrazione sarà importante valorizzare il ruolo di partecipazione e rappresentanza dei cittadini immigrati anche dando impulso alle iniziative delle neo costituite Consulte di Quartiere.

Gli interventi di accompagnamento all'integrazione sociale delle famiglie rom immigrate a Bologna dovranno essere potenziati nel prossimo triennio anche attraverso interventi educativi che sostengano gli inserimenti abitativi già avviati con l'aiuto del Comune. L'obiettivo consiste nel prevenire e contrastare la ricaduta in situazioni di grave disagio abitativo ed evitare la ricostituzione di insediamenti abitativi impropri.

Azioni di contrasto al razzismo

Nel prossimo triennio saranno promosse iniziative volte a sensibilizzare la comunità sul valore dell'immigrazione, diffondere una cultura antirazzista che tuteli la diversità e la sua ricchezza contrastandone il potenziale fattore di esclusione.

In particolare sul tema antidiscriminazione si ravvisa la necessità di qualificare e ottimizzare, anche attraverso accordi di natura sovrazonale e di raccordo con le attività degli Sportelli sociali la rete degli sportelli specializzati già esistenti nel territorio. In particolare il Distretto di Bologna ha già aderito al progetto regionale deputato sia accreditando lo sportello rifugiati del Comune di Bologna come sportello antidiscriminazione, sia coordinando le 20 realtà attivate del privato sociale come "antenne antidiscriminazione" nel Distretto.

Protezioni e tutele

I servizi a favore di richiedenti e beneficiari di protezione internazionale, dei minori stranieri non accompagnati e delle vittime di tratta dovranno essere consolidati e sviluppati attraverso l'accesso a programmi di tutela e protezione specifici messi in campo da autorità nazionali (ANCI) e regionali. Per quanto riguarda le protezioni internazionali, si mirerà a un ampliamento dei posti messi a disposizione del Sistema di protezione per richiedenti asilo e rifugiati (SPRAR) nei limiti del numero complessivo dei posti letto oggi disponibili nei Centri d'accoglienza per immigrati e verrà valutata l'attivazione di interventi mirati al sostegno delle categorie più vulnerabili (minorì non accompagnati richiedenti asilo, vittime di tortura, nuclei monoparentali, persone disabili anche temporaneamente, anziani, ecc.). Si darà inoltre nuovo impulso alla stipula di un protocollo operativo con la Questura e la Prefettura per l'accoglienza e la tutela dei richiedenti protezione internazionale nella prima fase del loro arrivo a Bologna.

Per quanto riguarda i minori stranieri non accompagnati si conferma la partecipazione al Programma di Protezione dei minori stranieri non accompagnati avviato dall'ANCI nel novembre del 2008, le cui attività collegate sono inserite nel capitolo Responsabilità familiari - infanzia e adolescenza.

Per quel che riguarda la lotta alla tratta, Bologna da più di dieci anni ha sviluppato diverse progettualità e interventi a sostegno di programmi di assistenza e protezione sociale contro lo sfruttamento e la riduzione in schiavitù³³ sia rivolte ad adulti che a minori aderendo al progetto regionale "Oltre la strada". Gli interventi, volti ad una presa in carico delle persone con un accompagnamento sociale, sanitario e lavorativo e un progetto verso l'autonomia (o anche ad un rimpatrio assistito), hanno portato buoni risultati (circa 150 persone prese in carico solo nell'ultimo anno) e verranno consolidati nel prossimo triennio in collaborazione con l'Asp Irides, per quanto riguarda la parte minori.

Saranno invece ampiamente da sviluppare gli ulteriori interventi a tutela delle persone che denunciano situazioni di sfruttamento, lavoro sommerso, caporala, sulla base dei contenuti dell'art. 18 Dlgs 286/98, per consentire loro il rilascio del permesso di soggiorno e poter avere quindi accesso ad un lavoro legale, stabile e riconosciuto. In quest'ambito infatti le esperienze attuali riguardano ancora pochissimi casi per la impossibilità dell'Ente di intervenire a fronte di una mancata denuncia da parte del lavoratore, che troppo spesso è reticente al riguardo per il timore di perdere l'unico posto di lavoro cui è riuscito ad avere accesso.

Un'altra esperienza positiva che verrà riproposta nel prossimo triennio riguarda l'attivazione di interventi sociali e di tutela presso il CIE.

Lo sportello, realizzato in collaborazione con cooperative e privato sociale ha lo scopo di fornire informazione giuridica, aiuto psicologico e attività ricreative alle persone trattenute nel Centro.

Accoglienza

Per quel che riguarda l'accoglienza, proseguirà il piano d'intervento portato avanti negli ultimi anni che ha portato nel 2008 alla chiusura dei campi e delle strutture realizzate per far fronte a situazioni emergenziali. Le sei strutture di accoglienza ancora attive in città (per circa 250 posti disponibili), sono di piccole dimensioni, e per lo più specializzate per target specifici quali: protezioni internazionali, ricongiungimenti familiari, neomaggiorenni in uscita da strutture di accoglienza per minori.

La linea di sviluppo prevede quindi, per i prossimi anni, il mantenimento di poche strutture, piccole e specializzate, che facilitino la convivenza con il territorio circostante e consentono una maggiore integrazione degli ospiti, per favorire poi l'accoglienza in situazioni alloggiative più adeguate attraverso l'attivazione di progetti di accompagnamento e sostegno all'autonomia in collaborazione con le politiche abitative e l'ACER.

Verrà inoltre completata la progettazione di una nuova struttura d'accoglienza capace di dare ospitalità a nuclei familiari, una tipologia di accoglienza oggi assente a Bologna.

Una particolare attenzione verrà dedicata alla prevenzione delle malattie infettive e alla tutela della salute degli ospiti dei centri d'accoglienza, con particolare riferimento ai richiedenti e beneficiari di protezione internazionale, trattandosi frequentemente di persone che non hanno ancora effettuato controlli sanitari in Italia.

³³ art. 18 Dlgs 286/98 e art. 13 L 228/2003

Rimpatrio volontario assistito

In questi anni ha cominciato a emergere una richiesta di aiuto nell'attivazione di progetti di rimpatrio proveniente sia da giovani famiglie che intendono reinvestire nel paese d'origine a fronte delle difficoltà economiche incontrate nel percorso di insediamento a Bologna, sia da anziani soli che chiedono assistenza nella ricomposizione del proprio nucleo familiare.

Nel prossimo triennio il fenomeno dovrà essere attentamente monitorato e valutato in quanto a frequenza della domanda e possibilità reali di rientro. Potranno inoltre essere attivate alcune sperimentazioni in questa direzione in collaborazione con altre organizzazioni nazionali e internazionali (Caritas, OIM, ecc.).

TABELLA - GLI OBIETTIVI STRATEGICI TRIENNALI DI SALUTE E BENESSERE SOCIALE

TARGET									
Respons.tà Familiari	infanzia e adolescenza	Giovani	Anziani	Disabili	Immigrati stranieri	Povertà e Esclusione sociale	Salute mentale	Dipendenze	
FINALITÀ									
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani						Prevenzione	Cura/Assistenza		
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	X			X		<input type="checkbox"/>
RIFERITI ALL'INTEGRAZIONE GESTIONALE E PROFESSIONALE									
BISOGNI EMERGENTI DAL PROFILO DI COMUNITÀ IN AMBITO DISTRETTUALE									
<ul style="list-style-type: none"> - Necessità di migliorare il sistema di accesso ai servizi sociali, sanitari ed educativi da parte dei cittadini immigrati - necessità di potenziare, qualificare e coordinare la rete delle iniziative di alfabetizzazione alla lingua italiana - difficoltà di inserimento socio-lavorativo di persone straniere - necessità di promuovere interventi di prevenzione sanitaria, d'accesso al lavoro rivolti alle donne straniere e di tutela dai maltrattamenti familiari; - necessità di riconoscere e valorizzare il ruolo e il contributo delle seconde generazioni rispetto all'integrazione dei cittadini immigrati - necessità di diversificare, innovare l'accoglienza residenziale adeguandola ai nuovi bisogni e sviluppare funzioni di accompagnamento e supporto alla ricerca di alloggi in autonomia. - Necessità di costruzione di percorsi di aiuto all'autonomia gestionale (casa, lavoro, documenti) e personale - necessità di favorire l'inclusione sociale dei cittadini immigrati attraverso il sostegno di processi di partecipazione politica - necessità di maturare competenze rispetto alla cooperazione internazionale - necessità di promuovere attività volte al contrasto delle discriminazioni e del razzismo - controllo del fenomeno prostituzione, sfruttamento e tratta: potenziamento della riduzione dei conflitti con la cittadinanza - Necessità di maggiore raccordo con le forze dell'ordine per un'azione completa contro lo sfruttamento e lotta alla tratta 									
OBIETTIVO/I PRIORITARIO/I IN AMBITO SOCIALE, SOCIOSANITARIO E DEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI									
<ul style="list-style-type: none"> - Migliorare l'accesso ai servizi e alle prestazioni assistenziali, attraverso la messa in rete degli sportelli sociali, dei servizi sociali professionali e degli sportelli specialisti informativi e di orientamento per gli immigrati - Qualificazione e sviluppo del servizio di mediazione linguistico culturale (programma triennale 2009-2011 per l'integrazione sociale dei cittadini stranieri della Regione Emilia Romagna, oggetto n. 4183 (art. 3 comma 2 della L.R. 5/2004) - Potenziare lo sportello protezioni internazionali e i servizi di accoglienza e integrazione riservati a questa tipologia di immigrati - Sostegno ad attività di contrasto delle discriminazioni e del razzismo (programma triennale 2009-2011 per l'integrazione sociale dei cittadini stranieri della Regione Emilia Romagna (art. 3 comma 2 della L.R. 5/2004); - Coordinamento della rete delle iniziative di alfabetizzazione alla lingua italiana esistenti e formazione e/o aggiornamento dei volontari sulla didattica dell'italiano L2 (programma triennale 2009-2011 per l'integrazione sociale dei cittadini stranieri della Regione Emilia Romagna, oggetto n. 4183(art. 3 comma 2 della L.R. 5/2004) - Facilitare l'accesso delle donne straniere ai servizi sanitari e agli screening preventivi e promozione di una più corretta alimentazione - Favorire percorsi di accesso al lavoro delle donne e dei giovani stranieri di seconda generazione attraverso la messa in rete degli sportelli sociali, dei servizi sociali professionali e degli sportelli lavoro; - Sostenere la tutela delle donne dai maltrattamenti familiari; - Sviluppare il ruolo del Centro Zonarelli riguardo le iniziative dell'associazionismo dei giovani stranieri di seconda generazione; - Facilitare il protagonismo dei giovani stranieri di seconda generazione attraverso il loro coinvolgimento nelle iniziative di quartiere; - Completare la riprogettazione del sistema di accoglienza e qualificare nuove opportunità attraverso la sperimentazione dell'albergo popolare, i pensionati, le residenze per famiglie; - Progressivo trasferimento nelle disponibilità dell'ERP di una quota degli appartamenti di proprietà comunale precedentemente utilizzati per il sostegno al primo inserimento abitativo; 									

- Sostenere progetti di informazione e intervento sociale nel CIE
- Sviluppare funzioni di agevolazione all'accesso alla casa e al mercato dell'affitto attraverso azioni di mediazione e di accompagnamento anche economico alla autonomia;
- Promuovere l'auto costruzione, l'accesso al credito, la cooperazione di edificazione;
- Sostenere il ruolo delle consulte degli immigrati
- Sostenere iniziative di comunicazione interculturale e l'attivazione di forme di partecipazione e rappresentanza politica dei cittadini immigrati
- Sostenere l'associazionismo degli immigrati, attraverso la concessione di sedi e contributi per le libere forme associative
- Favorire le iniziative interculturali aperte alla popolazione per favorire il senso di appartenenza, le responsabilità personale e collettiva, l'auto-mutuo aiuto e il dialogo
- Sostenere progetti di rimpatrio volontario assistito nei paesi di origine
- Sostenere progetti che coinvolgano i migranti quali agenti di sviluppo nei propri paesi di origine.
- Favorire l'uscita delle persone adulte dalla tratta e/o dallo sfruttamento in applicazione dell'art. 18 del Dlgs. 286/98 (programmi di protezione sociale) per il raggiungimento dell'autonomia individuale
- Collaborare con l'autorità giudiziaria e le forze dell'ordine nella lotta alla tratta degli esseri umani
- Aggiornare la conoscenza del fenomeno prostituzione
- Rafforzare la rete dei servizi che si occupano di prostituzione, sfruttamento e tratta
- Ridurre i danni legati al fenomeno prostituzione

OBIETTIVI D'INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE

Costituzione di un gruppo tecnico intersetoriale di coordinamento degli interventi finalizzati all'integrazione sociale e interculturale dei cittadini stranieri (Del. PGN 45513/2009)

-Condivisione di modelli organizzativi e di procedure integrate con gli sportelli lavoro comunali per favorire percorsi personalizzati d'accesso al lavoro

INDICATORI DI RISULTATO

- servizi e interventi messi in rete con modelli organizzativi integrati;
- aumento del numero di adulti immigrati in grado di parlare, comprendere e scrivere in lingua italiana;
- aumento dell'accessibilità ai servizi socio educativi e sanitari da parte dei cittadini immigrati;
- numero di utenti dello sportello protezioni internazionali;
- numero di interventi mirati al contrasto delle discriminazioni e del razzismo;
- numero di percorsi integrati mirati all'accesso al lavoro;
- numero di utenti fruitori di interventi per favorire accesso alla casa
- numero di associazioni che usufruiscono di sedi e contributi
- numero di interventi per il rimpatrio assistito volontario
- numero di persone prese in carico nei progetti di fuoriuscita dallo sfruttamento e dalla tratta
- numero di permessi di soggiorno ottenuti per le vittime di sfruttamento
- numero di persone che si prostituiscono contattate in strada
- numero persone che si prostituiscono al chiuso
- numero accompagnamenti ai servizi di persone che si prostituiscono
- numero inserimenti lavorativi realizzati per persone vittime di sfruttamento
- numero di posti letto disponibili nel sistema di accoglienza

5.4 Povertà ed esclusione sociale

L'insieme di queste politiche riguarda numerose tipologie di soggetti, con bisogni che si differenziano anche in base alla collocazione territoriale ed alla condizione giuridica, quest'ultima in particolare incide sulla capacità di accesso ai servizi ed influenza le possibilità di risposta dei servizi stessi. Persone senza fissa dimora, italiani e stranieri, persone sottoposte a misure privative della libertà personale, sia dentro che fuori dal carcere per le quali è necessario accentuare e rendere effettiva la dimensione rieducativa della pena. Il bisogno di questa fascia di popolazione si caratterizza per lo più come multidimensionale, dove alla carenza o totale mancanza di reddito e, sovente, di sistemazione abitativa dignitosa, si affiancano povertà di relazioni, malattia, disagio psichico, dipendenza da sostanze legali ed illegali, mancanza di istruzione, situazioni di irregolarità/illegalità giuridica. Il fenomeno si concentra prioritariamente a Bologna e incide molto meno nel restante territorio provinciale. Sono circa 1.600 gli adulti assistiti dai servizi negli ultimi anni, 1.500 quelli accolti nelle 6 strutture di accoglienza presenti in città (con un'offerta di circa 300 posti letto), sono circa 1.043 le persone detenute nella casa circondariale (un quinto in più rispetto al 2000).

Bisogna anche rilevare come il problema della povertà sia oggi un fenomeno articolato e complesso ed in costante evoluzione per i processi di impoverimento determinati dalla crisi economica, dalla perdita di potere d'acquisto degli stipendi e dei salari, dalle difficoltà nel sostenere i costi dell'abitare, da un mercato del lavoro che non riesce a garantire stabilità ma favorisce e accentua situazioni di precarietà e disoccupazione, riguardano in misura sempre crescente anche la nostra città.

Questi processi generano situazioni di sofferenza che, se non affrontate, possono aggravarsi e segnare il passaggio ad una condizione di marginalità ed esclusione sociale. Ciò può avvenire non solo a causa di accadimenti traumatici ma anche nel corso dei normali processi evolutivi dell'esistenza, così come per la concomitanza di più fattori di disagio. Si situano in quest'area delle cosiddette "nuove povertà", soprattutto nuclei monogenitoriali ed in particolare donne sole con figli, famiglie monoredito, famiglie numerose, ma anche giovani adulti, padri separati, anziani soli e nuovi cittadini per i quali la condizione giuridica incide in modo maggiormente rilevante nel determinarne il rischio di esclusione.

Per affrontare adeguatamente queste problematiche sarà necessario nel prossimo triennio riorganizzare il sistema dei servizi, per consentire di rispondere in maniera più adeguata, sia ai bisogni dell'"utenza tradizionale", sia alle nuove persone a rischio di esclusione, superando approcci assistenzialistici verso il sostegno all'autonomia.

Nel disegno di riorganizzazione del welfare cittadino, che ha visto nell'ultimo anno il decentramento dei servizi ai Quartieri con l'istituzione dei Servizi Sociali territoriali e delle tre Aziende di Servizi alla persona (con l'ASP Poveri Vergognosi prioritariamente dedicata ai servizi per adulti e immigrati) va inquadrata anche la riorganizzazione e razionalizzazione dei servizi rivolti alla povertà e all'esclusione sociale, che dovrà integrare la visione di Quartiere in un'ottica complessiva cittadina.

I punti chiave della riorganizzazione riguardano:

- L'accoglienza: da un lato prevedendo una valutazione professionale dell'Assistente Sociale per la definizione di un Piano Assistenziale Personalizzato per tutte le persone in difficoltà che si rivolgono ai servizi, per una presa in carico complessiva e adeguata alle problematiche e ai bisogni, dall'altro definendo precisi criteri di accesso al Servizio Sociale e di permanenza nelle strutture di accoglienza;
- L'integrazione sociosanitaria: definendo un modello funzionale di intervento per la presa in carico congiunta sanitaria e sociale di quei casi multiproblematici che lo richiedono, in particolare per quel che riguarda problematiche psichiatriche e dipendenze (così come anche indicato dal nuovo piano attuativo regionale per la Salute Mentale 2009-2011). Sono a tal riguardo già presenti delle esperienze (come il tavolo percorsi per utenti con problemi di dipendenza) che richiedono però di essere più fortemente strutturate con l'individuazione di unità multidisciplinari e di un "case manager" di riferimento per il progetto di assistenza.
- Accesso e accompagnamento al mondo del lavoro: sviluppando e migliorando i percorsi di accesso al lavoro sia attraverso l'integrazione dell'attività degli Sportelli Sociali con gli Sportelli Lavoro già presenti in città (attualmente sono tre - Quartieri Navile, Borgo Panigale e S. Donato), sia attraverso specifici accordi provinciali.

Obiettivo prioritario nel prossimo triennio sarà anche lo sviluppo di un **"Piano povertà di Bologna"** che riesca, in un quadro complessivo cittadino, a far fronte alle "nuove povertà", ai bisogni e alle tante problematiche emergenti dalla gravissima crisi economica che sta attraversando il paese e che ha ripercussioni visibili e gravi anche nella nostra realtà cittadina anche se con impatti disomogenei nei diversi territori.

Per quel che riguarda le persone private della libertà personale, a fronte di un sensibile aumento della popolazione carceraria (con una sempre più forte presenza di stranieri e persone con problematiche di dipendenza) sarà necessario oltre che un consolidamento degli interventi attualmente in essere per favorire l'inclusione sociale (progetti ricreativi, culturali, formativi, di sostegno psicologico, mediazione socio-sanitaria), anche sviluppare maggiormente le sinergie con tutti i servizi e i soggetti del territorio per potenziare i percorsi di integrazione e accompagnamento al lavoro, favorire il coordinamento e il raccordo tra servizi sociali e sanitari e

l'amministrazione penitenziaria, come ad esempio l'attivazione del nuovo sportello presso il carcere per l'offerta di servizi anagrafici rivolto alla popolazione detenuta.

Per quel che riguarda la popolazione Sinti, per la quale sono presenti in città tre aree sosta presso i Quartieri Savena, Navile e Borgo Panigale, continuerà il processo di riqualificazione innovativo, già realizzato come prima sperimentazione nei campi dei Quartieri Borgo panigale Savena. Per quanto riguarda Savena, il progetto ha visto, un ampio coinvolgimento nella definizione progettuale delle rappresentanze della comunità, la realizzazione di microaree attrezzate, una per ogni nucleo familiare allargato nella quale è disponibile uno spazio in muratura con cucina, bagni, lavanderia. Il complesso dispone anche di una chiesa che funge anche da spazio comune per riunioni e assemblee e ogni famiglia è responsabilizzata sul pagamento delle forniture elettrica tramite l'intestazione nominativa contrattuale.

TABELLA - GLI OBIETTIVI STRATEGICI TRIENNALI DI SALUTE E BENESSERE SOCIALE

TARGET									
Respons.tà Familiari	infanzia e adolescenza	Giovani	Anziani	Disabili	Immigrati stranieri	Povertà e Esclusione sociale	Salute mentale	Dipendenze	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
FINALITÀ									
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani						Prevenzione	Cura/Assistenza		
<input type="checkbox"/>	X			X					X
RIFERITI ALL'INTEGRAZIONE GESTIONALE E PROFESSIONALE									
BISOGNI EMERGENTI DAL PROFILO DI COMUNITÀ IN AMBITO DISTRETTUALE									
<ul style="list-style-type: none"> - diffuse condizioni di vulnerabilità sociale, a cui occorre rispondere con politiche integrate, con interventi di sensibilizzazione della cittadinanza e con un rafforzamento delle reti di solidarietà - necessità di azioni comunicative di informazione sui fenomeni di vulnerabilità sociale e di promozione del benessere e della coesione sociale e di rappresentare e comunicare in modo unitario il sistema di welfare cittadino, cosi' variamente articolato - necessità di sviluppare la capacità di leggere i processi che stanno alla base delle nuove povertà e dei processi di emarginazione che mirino alla sperimentazione di modalità innovative di intercettazione dei nuovi bisogni e di intervento a livello di quartiere; - necessità di definire, sviluppare modelli di integrazione e di coordinamento tra la rete dei servizi pubblici per l'impiego, i servizi sociali territoriali, il dipartimento di salute mentale e il Sert, per sostenere percorsi di avviamento al lavoro, in particolare per le fasce più deboli della popolazione; - necessità di consolidare lo sportello informativo interno al carcere e di coordinare le loro attività con i servizi sociali professionali dei quartieri; - necessità di adeguare e diversificare il sistema dell'offerta dei servizi residenziali nei confronti delle nuove tipologie di bisogni in ragione della nuova organizzazione dei servizi sociali territoriali; - necessità di monitorare l'applicazione del nuovo regolamento Erp - necessità di definire e sviluppare processi e modelli di integrazione socio sanitaria fra i servizi sociali territoriali, il dipartimento di salute mentale e il Sert; - necessità di azioni comunicative di informazione sui fenomeni di vulnerabilità sociale e di promozione del benessere e della coesione sociale; - necessità di costruzione di percorsi di aiuto all'autonomia gestionale (casa, lavoro, documenti) e personale 									
OBIETTIVO/I PRIORITARIO/I IN AMBITO SOCIALE, SOCIOSANITARIO E DEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI									
<ul style="list-style-type: none"> - Sviluppare un progetto povertà, cittadino che tenga conto dei tanti e differenziati bisogni emergenti - Censire e mettere in rete l'offerta di interventi mirati a soddisfare bisogni alimentari messi in atto dai servizi pubblici, dal terzo settore e dalle parrocchie; - Sviluppare la funzione dell'osservatorio sociale; - Coordinare e monitorare le iniziative dei Servizi Sociali Territoriali nei confronti della popolazione rom e sinti; - Sviluppare e coordinare le funzioni dei Servizi pubblici per l'Impiego con i servizi sociali territoriali, con i dipartimenti di salute mentale e i servizi per le dipendenze patologiche; - Sviluppare percorsi di formazione professionale e di accompagnamento al lavoro per facilitare l'inserimento lavorativo dei soggetti più deboli; - Promuovere l'attività delle cooperative di tipo B e le esperienze di lavoro socialmente utile; - Consolidare tutte le attività per le persone in esecuzione penale e favorire percorsi di reinserimento e inclusione sociale (progetti ricreativi, culturali, formativi, di sostegno psicologico, mediazione socio-sanitaria) compresa l'attività dello sportello informativo intramurario favorendo un maggiore raccordo con lo sportello info-lavoro, con i servizi sociali del territorio e con l'area pedagogica del carcere; - Monitoraggio dell'attività dello sportello presso il carcere per l'offerta di servizi anagrafici rivolto alla popolazione detenuta attraverso una convenzione tra Casa Circondariale e Comune di Bologna. - Sostenere le azioni del garante per le persone prive di libertà personale; - Sostegno alle esperienze di auto- aiuto delle associazioni e delle cooperative che valorizzino le risorse e le capacità lavorative di chi vive il disagio; 									

- Adeguare l'offerta di servizi residenziali prevedendo posti per l'emergenza abitativa di donne sole con figli;
- Definizione dei criteri per l'accesso e la permanenza nelle strutture di accoglienza;
- Sviluppare l'azione delle agenzie per l'affitto;
- Sviluppare le iniziative di sostegno per i mutuari in difficoltà;
- Continuare con il piano di riqualificazione delle aree attrezzate per sinti, trasformandole in aree a destinazione particolare;
- formalizzare accordi con le aziende che erogano gas, acqua, energia elettrica, in un'ottica di responsabilizzazione nei confronti delle persone e famiglie in difficoltà economica
- sperimentazione di modelli di integrazione socio sanitaria con il dipartimento di salute mentale e il sert, attraverso la costruzione di equipe di valutazione multidimensionale per la presa in carico congiunta.
- Sviluppare accordi operativi con il Dipartimento di Salute Mentale;
- dare visibilità ai nuovi bisogni e alle persone che vivono situazioni di fragilità e di esposizione a rischi di esclusione sociale
- favorire e consolidare durante l'accoglienza temporanea, il recupero delle risorse individuali delle persone
- Messa a disposizione di sistemazioni abitative di transizione, sperimentalmente, per persone in condizioni di disagio sociale, non pienamente rientranti dalle categorie previste dai servizi sociali territoriali
- Favorire l'autonomia di persone in condizione di disagio sociale offrendo loro sistemazioni alloggiative per periodi limitati; offrire un'accoglienza temporanea in luoghi adeguati a particolari tipologie di persone sprovviste di una rete atta ad ospitarli

OBIETTIVI D'INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE

Definire modelli organizzativi e di coordinamento tra i servizi sociali territoriali, il Sert, il dipartimento di salute mentale e i servizi pubblici per l'impiego

INDICATORI DI RISULTATO

- progetti o interventi avviati in collaborazione con altri enti, servizi, soggetti del privato sociale
- Numero di servizi e interventi attivati con modelli organizzativi integrati
- numero di percorsi per interventi/progetti mirati all'accesso nel mondo del lavoro
- numero di inserimenti in residenze a bassa soglia ed emergenza abitativa rivolti sia a donne sole, sia a donne con figli;
- numero di inserimenti in residenze di seconda accoglienza di soggetti in carico ai servizi,
- numero di servizi volti a soddisfare bisogni alimentari

5. 5 Anziani

Bologna presenta un presenza molto significativa di popolazione anziana (99.981 persone con 65 anni ed oltre), che rappresenta il 26% dei cittadini bolognesi residenti. I trend demografici evidenziano, inoltre, una diminuzione del numero di anziani in età da 65 a 79 anni, ma un continuo e sostenuto incremento del numero dei grandi anziani (80 e più), che raggiungono le 33.414 unità nell'ultimo anno, con un peso relativo sul totale della popolazione dell'8,9%. Questo andamento è particolarmente significativo e va tenuto in grande considerazione per la programmazione dei servizi in quanto è strettamente connesso all'aumento della popolazione che esprime la maggiore esigenza di servizi sanitari e socio-sanitari.

A questo scenario si affianca una progressiva contrazione dei componenti dei nuclei familiari e delle persone che vivono sole (le famiglie unipersonali rappresentano il 48% delle famiglie bolognesi). Tra le persone sole forte è la presenza di anziani (18%) e tra questi la maggioranza sono donne.

Negli ultimi anni si assiste inoltre, in questa fascia di popolazione, ad un aumento delle patologie, come le demenze, che necessitano di interventi sempre più specializzati e individualizzati

Gli interventi in questo ambito dovranno pertanto, nel triennio, essere orientati, da un lato al potenziamento dei servizi sociosanitari e assistenziali e dall'altro alla innovazione e allo sviluppo di un'offerta di iniziative, rivolte agli anziani in buone condizioni di salute, essendo quella attuale ormai superata, promuovendo interventi e luoghi per favorire la vita attiva e gli stili di vita sani, lo sport, il dialogo intergenerazionale, la prevenzione, il mutuo aiuto, nonché mettendo a regime le iniziative rivolte ai cosiddetti "anziani fragili", che contrastino un percorso di isolamento sociale, favorendo azioni di risocializzazione e di sviluppo delle risorse della comunità, in collaborazione con le associazioni del territorio, Parrocchie e Centri sociali e con l'utilizzo anche delle nuove tecnologie (come ad esempio progetto e-care - oldes).

Per quel che riguarda l'ambito sociosanitario, gli obiettivi strategici riguardano:

- la riprogettazione dell'assistenza domiciliare, portando a sistema coerente ed integrato i diversi servizi e le sperimentazioni attivate nel corso degli anni (l'assistenza domiciliare di base e integrata, le dimissioni protette dall'ospedale, il monitoraggio degli anziani fragili, l'e-care, il sistema di continuità ospedale-territorio, le assistenti familiari, i ricoveri temporanei e di sollievo, l'assegno di cura, il sostegno dei care givers, ecc.). Lo standard di assistenza complessivo previsto è del 5% degli anziani ultrasessantacinquenni, dei quali il 2% minimo in ogni Quartiere interessato da prestazioni professionali. Ulteriore obiettivo è il superamento delle criticità ancora presenti nella tempestività della presa in carico delle urgenze;
- nell'ambito della riprogettazione della assistenza domiciliare, completamento della messa in rete delle assistenti familiari, attraverso percorsi stabili di formazione, inserimento delle assistenti nei PAI, elenco delle assistenti formate, tutoraggio, assegno di cura integrativo per la regolarizzazione dei contratti di lavoro, socializzazione e integrazione sociale delle assistenti straniere, sostegno amministrativo ai datori di lavoro per gli adempimenti contrattuali;
- potenziamento dei servizi territoriali, attraverso la realizzazione di due nuovi centri diurni e la diffusione in tutti i quartieri della offerta di luoghi protetti con presa in carico leggera: alzheimer caffè, gruppi di stimolazione funzionale, spazi riservati agli anziani fragili nei centri sociali (in particolare nelle ore del mattino), ecc.
- il completamento del piano di potenziamento dell'offerta residenziale protetta, con l'obiettivo di raggiungere un indice di copertura per Case Protette e Residenze Sanitarie Assistenziali più adeguato alla domanda. Con le strutture di prossima realizzazione, si prevede la possibilità di superare la copertura del 3% di posti rispetto alla popolazione ultra settantacinquenne entro il triennio, apprendo con ciò il problema della sostenibilità finanziaria del sistema della residenzialità ai costi attuali ed imponendo un riflessione sull'opportunità di una maggior selezione delle strutture da convenzionare sulla base della qualità dell'assistenza prestata.

TABELLA - GLI OBIETTIVI STRATEGICI TRIENNALI DI SALUTE E BENESSERE SOCIALE

TARGET									
Respons.tà Familiari	infanzia e adolescenza	Giovani	Anziani	Disabili	Immigrati stranieri	Povertà e Esclusione sociale	Salute mentale	Dipendenze	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FINALITÀ									
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani		Prevenzione				Cura/Assistenza		X	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	X						
RIFERITI ALL'INTEGRAZIONE GESTIONALE E PROFESSIONALE									
BISOGNI EMERGENTI DAL PROFILO DI COMUNITÀ IN AMBITO DISTRETTUALE									
<ul style="list-style-type: none"> - Forte presenza di persone anziane (99.981 nel 2008) che rappresentano il 26% della popolazione complessiva - Diminuzione il numero di anziani in età da 65 a 79 anni si evidenzia un continuo e sostenuto incremento del numero dei grandi anziani (80 e più), questi ultimi raggiungono le 33.414 unità nel 2008 (con un peso relativo sul totale della popolazione dell'8,9%) e sono oltre il 30% della popolazione anziana (dato superiore a livello provinciale) questo contingente è costituito per oltre i due terzi da donne - Aumento di alcune patologie tra le quali le demenze che necessitano di interventi sempre più specializzati e individualizzati - Tendenza all'aumento dei bisogni di assistenza domiciliare, residenziale, semiresidenziale di pazienti fragili e cronici - Ricerca dell'appropriatezza nei percorsi assistenziali e nelle cure - Progressivo aumento della vita media, con diversificazione delle esigenze degli ultrasesantacinquenni, con possibilità di vita attiva da potersi utilizzare per dare un contributo importante al proprio e altrui benessere - Aumento delle famiglie unipersonali composte da anziani soli, contrazione del numero dei componenti delle famiglie - Aumento degli anziani soli o "fragili" privi di rete parentale 									
OBIETTIVO/I PRIORITY/O/I IN AMBITO SOCIALE, SOCIOSANITARIO E DEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI									
PROMOZIONE DELLA SALUTE									
<ul style="list-style-type: none"> - Programmazione permanente di percorsi di informazione, sensibilizzazione e promozione di sani stili di vita (es. alimentazione, cuore, memoria, screening, diagnosi precoce) - Individuazione delle cause di morte evitabili degli anziani (es. investimenti stradali, infortuni domestici) al fine di elaborare progetti volti alla prevenzione 									
PROMOZIONE DELLA VITA ATTIVA									
<ul style="list-style-type: none"> - Rifunzionalizzazione dei centri sociali, con il coinvolgimento dell'associazionismo, in una dimensione maggiormente coerente con gli obiettivi di benessere, socializzazione intergenerazionale e interculturale, solidarietà e mutuo aiuto; - Sviluppo delle zone ortive urbane, utilizzando aree inutilizzate e aprendone l'uso anche a persone non anziane; - Piano dello sport e dell'attività motoria degli anziani, con la determinazione di standard di qualità e accreditamento delle iniziative conformi; - Promozione del volontariato tra i neo pensionati; - Sostegno alla fruizione di iniziative culturali (corsi, università per gli anziani, turismo culturale e artistico, agevolazioni per l'ingresso a mostre e musei, ecc) - Campagna per la diffusione di una immagine positiva della terza età; - Sostegno alle iniziative rivolte ai cosiddetti "anziani fragili", per favorire attività socio ricreative e culturali che contrastino l'isolamento sociale, favorendo azioni di risocializzazione e di sviluppo delle risorse della comunità, in collaborazione con le associazioni del territorio, Parrocchie e Centri sociali; - Sostegno all'uso del trasporto pubblico urbano; 									

Sviluppo della assistenza domiciliare

- Riprogettazione della assistenza domiciliare per integrare l'offerta esistente: assistenza si base e integrata, dimissioni protette dall'ospedale e sistema di continuità ospedale-territorio, monitoraggio degli anziani fragili, e-care e progetto oldes (in particolare per quest'ultimi promuovere la sensibilizzazione dei Medici di medicina generale e delle Associazioni di volontariato), le assistenti familiari, ricoveri temporanei e di sollievo, assegno di cura, il sostegno dei care givers, ecc; (presa in carico complessiva per il 5% degli anziani ultrasessantacinquenni, dei quali il 2,5% interessato da assegni di cura, il 2% minimo in ogni quartiere interessato da Assistenza Domiciliare); Contenimento delle liste di attesa. Adeguamento ai requisiti regionali per l'accreditamento);
- In tale ambito, completamento della messa in rete delle assistenti familiari (percorsi stabili di formazione, inserimento delle assistenti nei PAI, elenco delle assistenti formate, tutoraggio, assegno di cura integrativo per la regolarizzazione dei contratti di lavoro, socializzazione e integrazione sociale delle assistenti straniere, sostegno amministrativo ai datori di lavoro per gli adempimenti contrattuali, ecc);
- Miglioramento della progettazione dei percorsi assistenziali specifici (come ad esempio per demenze);
- Miglioramento dell'integrazione dell'assistenza medica di base con l'assistenza domiciliare sociosanitaria (ruolo del medico di base e della guardia medica);

Sviluppo dell'assistenza territoriale

- realizzazione di due nuovi centri diurni, con eventuale valutazione della destinazione di uno dei due per anziani con demenze
- realizzazione in ogni quartiere di luoghi protetti per il soggiorno di anziani fragili; presa in carico leggera e frequenza limitata ad alcune ore al giorno o a specifiche iniziative (alzheimer caffè, gruppi di stimolazione funzionale, laboratori e atelier, spazi protetti nei centri sociali, ecc);
- raccordo tra i diversi soggetti che operano sul territorio a favore della popolazione anziana (tavolo di confronto permanente tra i Servizi e tutte le realtà operanti nell'ambito degli anziani);
- coordinamento e sviluppo delle politiche specifiche e azioni rivolte ad anziani con disturbi della sfera cognitiva (demenza); messa in rete e a sistema delle iniziative e esistenti;
- riprogrammazione delle cure primarie e collegamenti dei presidi ospedalieri

Sviluppo dell'assistenza residenziale protetta

- completamento del piano di potenza dell'offerta di posti in casa protetta e RSA, per il raggiungimento dell'indice del 3% degli over 75; selezione dei posti da convenzionare sulla base della qualità (mediante accreditamento); in tale contesto, individuazione della percentuale ottimale di posti da riservare ai ricoveri temporanei e di sollievo, sulla base di una valutazione epidemiologica e delle sperimentazioni;
- progettazione di interventi individualizzati a favore di anziani non autosufficienti ospitati in Case di Riposo; limitazione del ricovero di anziani non autosufficienti in case di Riposo
- valutazione sull'esperienza realizzata negli ultimi anni relativamente all'accoglienza in appartamenti protetti al fine di verificare l'efficacia degli interventi e valutare l'opportunità di sviluppare questo tipo di accoglienza

Sviluppo dell'assistenza ospedaliera

- miglioramento della continuità dei percorsi ospedalieri, territoriali e domiciliari; messa a regime per tutti gli ospedali delle dimissioni protette;
- sviluppo del rapporto tra geriatrie ospedaliere e territorio;

OBIETTIVI D'INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE

Politiche della formazione, politiche del lavoro, politiche dell'integrazione tra sociale e sanitario di tipo professionale e gestionale, sviluppo delle tecnologie informatiche integrate nella rete dei servizi

INDICATORI DI RISULTATO

- Incremento del Numero delle dimissione protette da valutare di anno in anno in quota percentuale rispetto al totale delle dimissioni
- Implementazione di percorsi assistenziali integrati: attivazione della cartella unica, percorso semplificato per la valutazione della non autosufficienza
- Aumento della % di posti convenzionati CP/RSA su popolazione >75 per raggiungere il 3% di copertura previsto a livello regionale
- % di copertura Assegni di cura su popolazione > 65 anni
- % copertura Assistenza Domiciliare su popolazione > 65 anni

5.6 Disabili

Il Distretto di Bologna presenta un sistema di servizi per l'assistenza alle persone disabili storicamente solido e ben strutturato, che per molti anni ha rappresentato in questo campo una realtà all'avanguardia, e che ha contribuito a migliorare notevolmente l'aspettativa di vita e la qualità della vita delle persone disabili, mostrando nel complesso una più che discreta capacità di risposta ai bisogni assistenziali primari della popolazione presa in carico.

Da alcuni anni, tuttavia, si rileva la necessità di un'evoluzione del sistema dei servizi, legata soprattutto alle mutate caratteristiche della popolazione in carico e ai bisogni emergenti di nuove popolazioni portatrici di handicap.

L'analisi dell'evoluzione del fenomeno, infatti, rileva che la presa in carico di utenti disabili nel sistema dei servizi è un fenomeno in forte crescita (nel giugno del 2008 nel Distretto di Bologna risultavano in carico 1.408 utenti con aumento del 39% rispetto al 2006) e che la popolazione disabile in carico ai servizi si va profondamente modificando.

I disabili hanno una speranza di vita media molto più alta rispetto al passato con conseguente progressivo invecchiamento del disabile e del nucleo familiare di riferimento, inoltre si assiste al calo dell'utenza per cause congenite e dell'aumento delle disabilità acquisite per trauma o per patologia, spesso in età adulta, con bisogni assistenziali, riabilitativi ed educativi diversi rispetto all'utenza storica; sempre più elevata è la presenza di soggetti pluripatologici per i quali l'organizzazione dei percorsi per patologia a volte non riesce a rispondere alla complessità del bisogno, e in particolare della presenza di soggetti in cui alla disabilità si accompagnano disturbi comportamentali.

In generale, quindi si assiste da un lato a un invecchiamento dell'utenza storica, dall'altro a una diversificazione e moltiplicazione delle cause di insorgenza e delle stesse motivazioni che spingono a rivolgersi ai servizi. Il concetto stesso di "disabilità" si è ampliato: oggi si rivolgono ai servizi anche persone che per esiti da malattia si trovano in una situazione invalidante, ma che fino a pochi anni fa non avremmo considerato utenti dei servizi per l'handicap (come ad esempio esiti da ictus, diabete).

La presenza di bisogni complessi, la necessità/opportunità di garantire processi integrati sul versante sanitario, sociosanitario e assistenziale pongono l'esigenza di porre come principale pista di lavoro, nel prossimo triennio, quella di muoversi nella logica di sistema, per ridisegnare la rete dell'offerta dei servizi, diversificandoli sulle nuove esigenze, con la caratteristica della flessibilità e fondandone la qualità sulla presa in carico integrata, per la definizione di un progetto individuale volto alla soddisfazione dei bisogni di ciascuna persona che presenta una situazione con disabilità.

TABELLA - GLI OBIETTIVI STRATEGICI TRIENNALI DI SALUTE E BENESSERE SOCIALE

TARGET												
Respons.tà Familiari	infanzia e adolescenza	e Giovani	Anziani	Disabili	Immigrati stranieri	Povertà e Esclusione sociale	Salute mentale	Dipendenze				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	X <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
FINALITÀ												
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani						Prevenzione	Cura/Assistenza					
<input type="checkbox"/> X						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
RIFERITI ALL'INTEGRAZIONE GESTIONALE E PROFESSIONALE												
BISOGNI EMERGENTI DAL PROFILO DI COMUNITÀ IN AMBITO DISTRETTUALE												
<p>Dal profilo di comunità emerge che l'andamento dell'utenza che accede al servizio è in costante crescita. L'incidenza è inferiore al dato provinciale per gli utenti disabili adulti in borsa lavoro, è invece superiore al dato provinciale per quanto riguarda gli utenti disabili adulti in assistenza domiciliare, in strutture residenziali e in strutture semiresidenziali. Dall'analisi del contesto, risulta il progressivo invecchiamento degli utenti in carico e dei nuclei familiari di riferimento. Una parte consistente degli utenti presentano inoltre un quadro complesso di pluripatologie con presenza di disturbi comportamentali.</p> <p>Va infine evidenziato, l'accesso ai servizi di utenti che presentano forme di disabilità acquisita, spesso in età adulta, di grave o gravissima entità con bisogni assistenziali, riabilitativi, educativi, differenziati rispetto all'utenza storica.</p> <p>Per far fronte a questa realtà e alle nuove esigenze sarà necessario nel triennio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - incrementare gli inserimenti in strutture residenziali e semiresidenziali; - aumentare il numero di utenti che fruiscono di interventi di assistenza domiciliare in modo particolare utenti con grave disabilità; - strutturare e ricomporre in modo organico il sistema di offerta di servizi e prestazioni integrati ed articolati in rete; - sviluppare un sistema di accesso equo per tutti i cittadini; - adeguare e diversificare il sistema dell'offerta dei servizi e delle prestazioni nei confronti delle nuove tipologie di bisogno (invecchiamento dell'utenza storica e utenti con disabilità acquisite); - valorizzare le reti di sostegno e gli interventi necessari per favorire il massimo dell'autonomia possibile della persona e ritardarne l'istituzionalizzazione; - implementare le opportunità rivolte a persone con disabilità media o lieve sia rispetto all'accoglienza in caso di debolezza delle reti familiari sia per favorire l'autonomia di vita in grado di rispettare le normali tappe evolutive dell'individuo; - maggiore integrazione degli interventi educativi e sanitari rivolti ai minori con disabilità; - ridefinire i percorsi di accesso e permanenza del mondo del lavoro. 												
OBIETTIVO/I PRIORITARIO/I IN AMBITO SOCIALE, SOCIOSANITARIO E DEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI												
<ul style="list-style-type: none"> - Sviluppare il ruolo dei Servizi Sociali Territoriali nei percorsi di accesso e sostegno alle funzioni/competenze delegate all'Ausl. - Integrazione, ricomposizione, riqualificazione e differenziazione della rete dei servizi. - Formalizzare le norme e i percorsi di accesso a tutti i servizi, dalla nascita e per tutto l'arco della vita, sviluppando in modo efficace le funzioni di prevenzione, rilevazione precoce dell'handicap e del disagio, presa in carico, orientamento e sostegno delle famiglie interessate nella rete dei servizi educativi, sociali e sanitari. - Sviluppare un approccio multidimensionale; nell'accesso e nella definizione del progetto d'intervento a favore dei disabili adulti. - Sviluppare un'adeguata informazione sul sistema dell'offerta esistente prestando particolare attenzione alle persone con disabilità acquisite. - Sviluppare percorsi di integrazione degli interventi educativi e sanitari rivolti a minori disabili. - Sviluppare momenti di verifica della continuità della cura e della presa in carico nei servizi, nelle fasi di cambiamento dei punti di riferimento dei disabili (età, territorio etc.). - Sviluppare e attuare gli accordi di programma provinciale e territoriale per l'integrazione scolastica e formativa dei bambini e alunni con disabilità. - Integrare i percorsi di istruzione e formazione con i percorsi di inserimento lavorativo. - Incrementare il numero dei posti di ricovero temporaneo e di sollievo. - Riqualificare il sistema di risposte alle emergenze. 												

- Riprogettare e diversificare il sistema di assistenza domiciliare, in particolare con la messa in rete delle assistenti familiari.
- Integrare gli interventi per il tempo di vita (mobilità, vacanze, tempo libero etc.).
- Sviluppare percorsi per il passaggio da interventi di sostegno, basati sulle borse lavoro, a percorsi di formazione, accompagnamento, occasioni di lavoro socialmente utili, maggiormente integrati in un specifico progetto lavoro.
- Rinnovare il protocollo operativo per la presa in carico dei soggetti multi problematici.
- Sostenere le cooperative sociali di tipo B, al fine di impegnare attivamente persone disabili sia adulte sia adolescenti.
- Garantire un'adeguata presa in carico e un'appropriata gestione del progetto individuale dei pazienti con disturbi psichici attraverso un approccio integrato multi professionale e multidimensionale.
- Garantire , alle persone con disabilità un efficiente accesso alla rete dei servizi.
- Favorire e migliorare l'accesso ai percorsi di promozione della salute e del benessere sociale

OBIETTIVI D'INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE

Istituzione del presidio disabilità quale punto di riferimento per l'integrazione delle politiche a favore delle persone con disabilità (sanitarie, abitative, mobilità, educative, urbane, delle differenze etc.) tra gli ufficio di supporto all'ufficio di piano.

INDICATORI DI RISULTATO

- numero di servizi e interventi attivati con modelli organizzativi innovativi diversificati;
- numero di inserimenti in accoglienza temporanea di sollievo, progetti finalizzati all'Autonomia personale e "Dopo di Noi" e accoglienza in emergenza;
- numero di opportunità e prestazione rivolte alle persone con media o lieve disabilità;
- numero di interventi di assistenza domiciliare per il trattamento di persone con grave disabilità;
- numero di percorsi per interventi/progetti mirati all'accesso e permanenza nel mondo del lavoro

6. Obiettivi nell'area della programmazione sanitaria

Il Distretto Città di Bologna fa parte dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna che, proprio in questi mesi, sta intraprendendo un ampio percorso di approfondimento e condivisione in merito agli orientamenti ed alle strategie di intervento valide per il prossimo triennio; strategie che coinvolgeranno ed influenzereanno l'insieme dei servizi sanitari e socio-sanitari. Le ricadute del piano strategico aziendale sul Distretto rappresentano il punto di partenza irrinunciabile per delineare i rapporti con il contesto locale, con la sua storia ed il suo grado di evoluzione.

Tra le aree di interesse strategico dell'AUSL di Bologna che occorre considerare per gli specifici riferimenti al Distretto Città di Bologna si inseriscono in particolare: il sistema di accesso ai servizi e di partecipazione dei cittadini, la nuova governance del territorio, l'approccio diffuso della prevenzione, l'innovazione e gestione del percorso dei pazienti fragili e cronici, la ricerca e l'innovazione tecnologica, strutturale e organizzativa.

La linea di raccordo tra le varie aree è rappresentata dalla costante sensibilità ed attenzione ai bisogni dei cittadini; tale elemento va collegato, in termini di risposta, ad un approccio non limitato a settori specifici di intervento ma fortemente integrato tra rete ospedaliera, territorio e servizi socio-assistenziali. Nel quadro epidemiologico e sociale risulta oggi fondamentale superare la medicina d'attesa per adottare l'approccio proattivo della medicina di iniziativa, che fa della tutela della salute delle categorie di cittadini a rischio di fragilità e di esclusione il proprio cardine. Un approccio che cerchi di annullare le disuguaglianze nell'accesso e nella fruizione dei servizi, andando a sollecitare la trasformazione del bisogno in domanda laddove vi siano meno risorse sociali, deve trovare quale modello di funzionamento e di organizzazione la medicina del territorio, intesa come luogo di sviluppo, esercizio e valorizzazione delle competenze e delle responsabilità di tutte le diverse figure professionali presenti (medico, infermiere, ostetrica, assistente sanitaria, assistente sociale, educatore, operatore socio-sanitario, fisioterapista etc.). Questo per far sì che l'intervento clinico assistenziale venga percepito dal cittadino come una reale presa in carico del proprio stato di salute e, contemporaneamente, si realizzzi una maggior appropriatezza d'uso delle strutture ospedaliere.

Le linee strategiche per il Distretto Città di Bologna si possono accoppare in tre tematiche principali:

- L'assistenza primaria, la presa in carico e l'accesso
- L'integrazione con la rete ospedaliera, con i Dipartimenti e la gestione del percorso dei pazienti fragili e cronici
- La prevenzione e la promozione di stili di vita sani

Per quel che concerne l'assistenza primaria, la presa in carico e l'accesso l'obiettivo principale è quello di far diventare il Distretto sempre più il luogo delle relazioni interistituzionali, ponendo l'enfasi sul ruolo di committenza, di garanzia dell'accesso alle prestazioni/servizi e di capacità di rendicontazione nei confronti dei cittadini: sono quindi elementi di rilievo strategico l'intercettazione e la lettura dei bisogni attraverso lo sviluppo di strumenti di valutazione multidimensionale così come l'individuazione del case-manager appropriato per ogni assistito. Alla ridefinizione ed alla crescita del ruolo del distretto va associata in modo coerente la riorganizzazione delle Cure Primarie proseguendo il percorso già avviato.

Le linee di intervento si possono così sintetizzare:

- Sviluppo dei 18 Nuclei di Cure Primarie per quanto riguarda la potenzialità di governo clinico e assistenziale dell'assistenza primaria con il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale.
- Riorganizzazione dell'assistenza infermieristica enfatizzandone il ruolo di soggetto che si prende cura a livello territoriale del paziente cronico, favorendo l'integrazione tra i vari professionisti nella presa in carico condivisa. In questo ambito si colloca la sperimentazione e la verifica di efficacia di progettualità specifiche nei confronti dei pazienti dimessi dall'ospedale, di quelli che accedono frequentemente al pronto soccorso o di quelli ripetutamente ricoverati ("frequent users") che vedono nel case-management infermieristico la scelta strategica del cambiamento.
- Promuovere una miglior continuità delle cure e un razionale e appropriato utilizzo del pronto soccorso, diminuendo gli accessi impropri anche attraverso lo sviluppo delle esperienze degli ambulatori di continuità assistenziale, sia quelli gestiti dai Medici di Medicina Generale, che quelli gestiti da parte dei medici di Continuità Assistenziale. In questo ambito va a collocarsi la sperimentazione di un nuovo modello di ambulatorio ad accesso diretto con erogazione di pacchetti di prestazioni specialistiche complesse presso l'Ospedale Bellaria.
- Implementazione del Programma di Assistenza Specialistica secondo due direttive fondamentali: il governo dei tempi di attesa e la ricerca dell'appropriatezza attraverso il lavoro dei gruppi professionali. Oltre agli interventi ormai consolidati, si prevede di dare impulso ad alcune linee di lavoro innovative: le agende di prestazioni specialistiche dedicate ai Nuclei per le Cure primarie ed una sperimentazione delle "agende di garanzia" per il rispetto dei tempi di attesa.
- Sviluppo integrato e interoperativo delle piattaforme informatiche per la gestione delle informazioni cliniche, che prevede: l'informatizzazione verticale dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta attraverso una ulteriore implementazione del progetto SOLE, l'integrazione di CUP con il sistema informativo della specialistica, lo sviluppo del sistema informativo per la gestione dell'accesso alla rete sei

servizi integrati di ambito socio-sanitario ed i collegamenti informatici tra lo sportello sociale e lo sportello unico distrettuale.

- Per quel che riguarda l'integrazione con la rete e la gestione del percorso dei pazienti fragili e cronici, i principali interventi riguardano:
 - Miglioramento quali-quantitativo del percorso di dimissione protetta attraverso la crescita del Centro di Continuità Assistenziale che coordina e facilita la dimissione della persona dall'ospedale verso il territorio a garanzia della continuità assistenziale. L'allargamento a tutti i reparti ospedalieri del percorso di dimissione protetta, l'utilizzo di software adeguati per la presa in carico della persona in dimissione, l'identificazione del Centro come riferimento unico dei percorsi assistenziali integrati tra più macrogestioni sono i principali obiettivi dei prossimi tre anni.
 - Miglioramento dell'accesso dei pazienti alla rete per le cure intermedie: assistenza domiciliare, Casa Protetta, RSA, Lungodegenza, Riabilitazione estensiva, Hospice;
 - Implementazione dei percorsi di cura per le patologie croniche attraverso una miglior integrazioni con altri Dipartimenti Aziendali. Nel corso del triennio si intendono in particolare e sviluppare i percorsi per le patologie cardiologiche (occorre integrare le cardiologie con la rete degli specialisti territoriali ed i MMG), pneumologiche ed oncologiche (per le ricadute nell'assistenza domiciliare integrata di questi pazienti), nonché la collaborazione con il Dipartimento Materno Infantile per un più efficace collegamento con le attività del consultorio familiare al fine di agevolare e migliorare i percorsi assistenziali integrati quali il percorso nascita.

La prevenzione e la promozione di stili di vita sani devono essere sempre più considerate come funzioni diffuse non più solo in capo al Dipartimento di Sanità Pubblica, pur competente e molto articolato: le esigenze crescenti di prevenzione e promozione della salute sono evidenti e pertanto l'approccio deve coinvolgere l'intero sistema. Questo significa agire una prevenzione collettiva e diffusa verso i soggetti sani per promuovere corretti stili di vita ma anche una prevenzione individuale per i cittadini a rischio di malattie acute e una prevenzione per gruppi specifici di cittadini.

Alcuni importanti percorsi sono già in atto: ad esempio gli screening dei tumori femminili e del colon retto. Tuttavia in questo ambito occorre migliorare la qualità dell'informazione per favorire l'adesione consapevole e l'accesso, in particolare per quelle categorie socialmente "fragili" e a rischio di esclusione dai percorsi di diagnosi precoce come possono essere le donne immigrate o le donne in alcune età della vita. L'attuazione delle politiche di prevenzione e promozione dei corretti stili di vita si concretizza in progetti che hanno diverse finalità: la prevenzione delle patologie cardiovascolari, metaboliche e dell'obesità; il contrasto al consumo e all'abuso di sostanze (alcool e droghe); la promozione del benessere psichico. E' uno sforzo comune quello di far sì che queste tematiche trovino e sviluppino le integrazioni e sinergie in molte delle politiche presenti nel Piano per la Salute e il Benessere Sociale perché gli esiti possono essere potenziati proprio nel comune impegno in ambito sociale, sociosanitario e sanitario.

Sviluppo logistico delle infrastrutture sanitarie

L'implementazione e l'ammodernamento delle strutture sanitarie finalizzata alla massima integrazione della rete dei servizi è un percorso avviato già da anni nel Distretto di Bologna. L'impegno in questa direzione sarà fondamentale anche nei prossimi anni con lo scopo di offrire ai cittadini servizi di base, specialistici e consultoriali completi e integrati, anche in considerazione del fatto che l'esigenza di garantire l'accessibilità sul territorio ai servizi sanitari di base viene soddisfatta dalla contestuale riorganizzazione della medicina generale che prevede uno sviluppo dell'associazionismo e l'individuazione di sedi per i Nuclei di Cure primarie quali presidi integrati di erogazione delle prestazioni dei Medici di Medicina Generale e dei medici di continuità assistenziale, articolate su tutto il territorio cittadino.

In particolare gli interventi si muoveranno su due direttive principali: da un lato attraverso la definizione di nuove sedi poliambulatoriali e dall'altro con la dotazione dei poli ospedalieri delle opportune infrastrutture (servizi di trasporto pubblico, accessi, parcheggi etc.) che agevolino la mobilità dei dipendenti, degli utenti e dei mezzi destinati ai soccorsi e al trasferimento dei pazienti.

Nel triennio 2009-2011 il percorso avviato continuerà portando a compimento come principali interventi:

- Nuovo Poliambulatorio nel Quartiere Navile previsto nel comparto ex mercato Ortofrutticolo in via Fioravanti, a fianco della nuova sede comunale unificata, consentendo di superare le attuali sedi poliambulatoriali di Via Tiarini e Montebello, che risultano diseconomiche e inadeguate per le esigenze sanitarie di un settore della città densamente popolato. Per la realizzazione del poliambulatorio il Comune concede gratuitamente l'area di proprietà.
- Adeguamento infrastrutturale dell'area dell'Ospedale Maggiore: parcheggio, nuovo atrio, nuova sede dell'AVIS e assetto dei parcheggi pubblici e pertinenziali.
- Riaspetto dell'offerta territoriale dell'Area Est della città per tenere conto dei flussi della domanda proveniente dalla parte Est della Provincia, in una logica di rete integrata dei presidi, adeguati dal punto di vista della qualità infrastrutturale e facilmente raggiungibili con mezzi pubblici e privati, anche al fine di dismettere le sedi poliambulatoriali di via Mengoli e Carpaccio insufficienti sotto il profilo della funzionalità e dell'opportunità di parcheggio per mezzi privati.

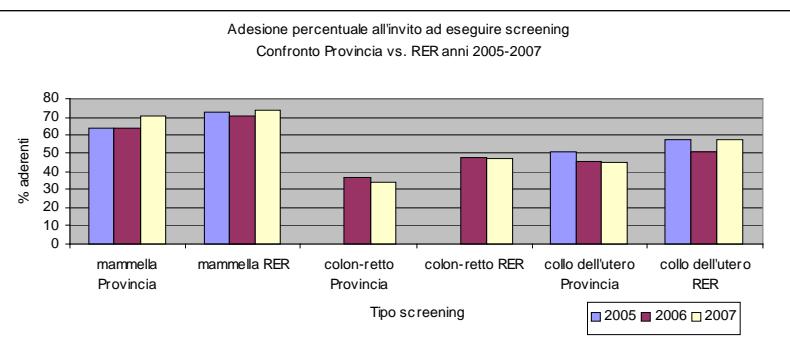
**TABELLA - GLI OBIETTIVI STRATEGICI TRIENNALI DI SALUTE E BENESSERE SOCIALE AREA
PROGRAMMAZIONE SANITARIA**

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

RIFERITI ALL'INTEGRAZIONE GESTIONALE E PROFESSIONALE									
UTILIZZO DI STRUMENTI ORGANIZZATIVI									

Bisogni Emergenti dal profilo di comunità in ambito distrettuale

Nel Distretto Città di Bologna come in tutta la Provincia sono attivi tre screening: per il carcinoma della mammella e del collo dell'utero, attivi da oltre 10 anni, e del colon-retto, introdotto nel 2005. Lo screening per il carcinoma della mammella negli ultimi ha registrato un costante aumento dell'adesione da parte della popolazione target anche se il livello di adesione resta ancora a livelli inferiori rispetto al valore medio regionale. Lo screening per il carcinoma del collo dell'utero invece pur mantenendo livelli accettabili di adesione ha avuto un calo della stessa nel corso degli ultimi tre anni: probabilmente la minore adesione va imputata in parte al maggior ricorso dell'assistenza a strutture private. L'adesione allo screening per il carcinoma del colon-retto presenta nel Distretto livelli di adesione ancora bassi, ovvero attorno al 40%.



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

Migliorare la qualità dell'informazione sugli screening per favorire l'adesione consapevole e l'accesso, in particolare per quelle categorie socialmente "fragili" e a rischio di esclusione dai percorsi di diagnosi precoce come possono essere le donne immigrate o le donne in alcune età della vita.

OBIETTIVI D'INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE

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

Indicatori di risultato

Percentuale di adesione nella popolazione target per gli screening in atto

Percentuale di risposta all'invito per gli screening in atto

**TABELLA - GLI OBIETTIVI STRATEGICI TRIENNALI DI SALUTE E BENESSERE SOCIALE AREA
PROGRAMMAZIONE SANITARIA**

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

RIFERITI ALL'INTEGRAZIONE GESTIONALE E PROFESSIONALE																																																						
<i>Bisogni Emergenti dal profilo di comunità in ambito distrettuale</i>																																																						
<p>Le patologie cardiocircolatorie e quelle tumorali sono le principali cause di morte in entrambi i sessi e rappresentano oltre il 70% delle cause di morte nella popolazione provinciale. Entrambi questi due sottogruppi di malattie presentano nel tempo una riduzione sistematica dei tassi di mortalità, tuttavia esistono da una parte differenze nella velocità di riduzione e dall'altra differenze di natura territoriale. In particolare la mortalità per cause cardiocircolatorie nel periodo 1993-2006 ha avuto una più evidente e repentina riduzione di tassi rispetto alla mortalità per causa tumorali tanto è vero che ormai, nel 2006, il tasso di mortalità standardizzato dei due gruppi si sovrappongono colmandosi il differenziale storico che ha sempre visto come <u>prima causa di morte le patologie cardiocircolatorie</u>.</p> <table border="1"> <caption>Data extracted from the graph: Andamento mortalità per tumore e malattie cardiocircolatorie - Confronto anni 1993-2006 - Provincia di Bologna</caption> <thead> <tr> <th>Anno</th> <th>Mortalità per Tumori (x 100.000)</th> <th>Mortalità per Mal. Cardiocircolatorie (x 100.000)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1993</td><td>~280</td><td>~350</td></tr> <tr><td>1994</td><td>~265</td><td>~345</td></tr> <tr><td>1995</td><td>~270</td><td>~330</td></tr> <tr><td>1996</td><td>~260</td><td>~325</td></tr> <tr><td>1997</td><td>~265</td><td>~310</td></tr> <tr><td>1998</td><td>~255</td><td>~300</td></tr> <tr><td>1999</td><td>~250</td><td>~295</td></tr> <tr><td>2000</td><td>~245</td><td>~285</td></tr> <tr><td>2001</td><td>~240</td><td>~270</td></tr> <tr><td>2002</td><td>~235</td><td>~270</td></tr> <tr><td>2003</td><td>~250</td><td>~280</td></tr> <tr><td>2004</td><td>~235</td><td>~255</td></tr> <tr><td>2005</td><td>~230</td><td>~250</td></tr> <tr><td>2006</td><td>~225</td><td>~235</td></tr> </tbody> </table>										Anno	Mortalità per Tumori (x 100.000)	Mortalità per Mal. Cardiocircolatorie (x 100.000)	1993	~280	~350	1994	~265	~345	1995	~270	~330	1996	~260	~325	1997	~265	~310	1998	~255	~300	1999	~250	~295	2000	~245	~285	2001	~240	~270	2002	~235	~270	2003	~250	~280	2004	~235	~255	2005	~230	~250	2006	~225	~235
Anno	Mortalità per Tumori (x 100.000)	Mortalità per Mal. Cardiocircolatorie (x 100.000)																																																				
1993	~280	~350																																																				
1994	~265	~345																																																				
1995	~270	~330																																																				
1996	~260	~325																																																				
1997	~265	~310																																																				
1998	~255	~300																																																				
1999	~250	~295																																																				
2000	~245	~285																																																				
2001	~240	~270																																																				
2002	~235	~270																																																				
2003	~250	~280																																																				
2004	~235	~255																																																				
2005	~230	~250																																																				
2006	~225	~235																																																				
<p>Tra i tumori più frequentemente causa di morte vanno annoverati il tumore al polmone, del colon-retto, dello stomaco, della mammella, della prostata, della vescica.</p> <p>Il tumore del polmone rappresenta la causa più frequente di decesso fra tutti i tumori negli uomini e la seconda causa, dopo la mammella, nelle donne e mostra nella sua incidenza differenze anche significative tra i vari territori provinciali. In particolare il Distretto Città di Bologna ha valori significativamente più alti della media provinciale (pari a circa l'8%).</p>																																																						
<p>OBIETTIVO/I PRIORITARIO/I IN AMBITO SOCIALE, SOCIOSANITARIO E DEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI Promuovere l'assunzione di corretti stili di vita, in particolare per quanto riguarda l'abitudine al fumo, l'alimentazione e l'esercizio fisico/motorio.</p>																																																						
<p>OBIETTIVI D'INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE Promuovere politiche ambientali volte alla riduzione delle concuse di insorgenza dei tumori legate all'inquinamento, integrazione con politiche abitative e urbanistiche della formazione e della scuola.</p>																																																						
<i>Indicatori di risultato</i>																																																						
Diminuzione progressiva nel triennio della mortalità per patologie cardiovascolari e tumorali																																																						

**TABELLA - GLI OBIETTIVI STRATEGICI TRIENNALI DI SALUTE E BENESSERE SOCIALE AREA
PROGRAMMAZIONE SANITARIA**

TARGET															
Respons.tà Familiari	infanzia e adolescenza	Giovani	Anziani	Disabili	Immigrati stranieri	Povertà e Esclusione sociale	Salute mentale	Dipendenze							
X <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
FINALITÀ															
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani			Prevenzione			Cura/Assistenza									
<input type="checkbox"/>			X			X <input type="checkbox"/>									
RIFERITI ALL'INTEGRAZIONE GESTIONALE E PROFESSIONALE															
UTILIZZO DI STRUMENTI ORGANIZZATIVI															
Riferiti all'integrazione gestionale e professionale sportello sociale, ufficio di piano, protocollo fra servizi, formazione delle diverse figure professionali, tecnologie informatiche															
<i>Bisogni Emergenti dal profilo di comunità in ambito distrettuale</i>															
Si conferma la tendenza al consumo elevato di alcool e fumo soprattutto tra i giovani.															
Forte crescita della "popolazione tossicodipendente" e della "popolazione alcooldipendenti":															
<ul style="list-style-type: none"> - Nel 2006 sono stati presi in cura 3.383 utenti tossicodipendenti nell'area metropolitana di Bologna e 453 in quella di Imola. Le donne rappresentano il 17,2% del totale e l'età media è 34,7 anni. La percentuale di stranieri è pari al 16,5%. In particolare sono 1.584 gli utenti in carico ai Ser.T Ovest, Est e Navile (il 45,2% della provincia) - Si stimano 7.032 soggetti con problemi alcol correlati nell'area metropolitana di Bologna, numero che oscilla da 6.039 a 8.025. La stima è in aumento per i residenti e per gli stranieri e in calo per i non residenti. Nel 2006 sono stati contattati dai servizi 2.463 soggetti per problemi alcol correlati nell'area metropolitana di Bologna, tra questi 1.067 si sono rivolti ai Ser.T. (52%); In particolare quelli che si sono rivolti ai ser.T Ovest, Est e Navile sono 545 (il 48,2% della provincia) 															
<i>OBIETTIVO/I PRIORITARIO/I IN AMBITO SOCIALE, SOCIOSANITARIO E DEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI</i>															
Sensibilizzare e promuovere le azioni di contrasto alle dipendenze da alcool e fumo															
<i>OBIETTIVI D'INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE</i>															
Politiche della formazione e della scuola, della sicurezza e coesione sociale															
<i>Indicatori di risultato</i>															
Stabilizzazione progressiva alla verifica annuale del numero dei nuovi utenti censiti dai servizi (Sociali e Ser.T) rispetto agli utenti in carico nel 2008															

**TABELLA - GLI OBIETTIVI STRATEGICI TRIENNALI DI SALUTE E BENESSERE SOCIALE AREA
PROGRAMMAZIONE SANITARIA**

TARGET																											
Respons.tà Familiari	infanzia e adolescenza	Giovani	Anziani	Disabili	Immigrati stranieri	Povertà e Esclusione sociale	Salute mentale	Dipendenze																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X <input type="checkbox"/>	X <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
FINALITÀ																											
Informazione/Promozione del benessere sociale, della salute e di stili di vita sani		Prevenzione				Cura/Assistenza		X <input type="checkbox"/>																			
X <input type="checkbox"/>																											
RIFERITI ALL'INTEGRAZIONE GESTIONALE E PROFESSIONALE UTILIZZO DI STRUMENTI ORGANIZZATIVI																											
<i>Bisogni Emergenti dal profilo di comunità in ambito distrettuale</i>																											
Il Distretto Città di Bologna registra un più elevato livello di consumo prestazioni specialistiche rispetto al valore regionale e, in particolare di visite specialistiche anche nel raffronto con la media aziendale.																											
<table border="1"> <caption>VISITE—Prestazioni pro-capite per distretto. 2007.</caption> <thead> <tr> <th>Distretto</th> <th>Visite pro-capite</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Casalecchio</td> <td>1,74</td> </tr> <tr> <td>Città di Bologna</td> <td>1,99</td> </tr> <tr> <td>Pianura Est</td> <td>1,70</td> </tr> <tr> <td>Pianura Ovest</td> <td>1,78</td> </tr> <tr> <td>Porretta</td> <td>1,86</td> </tr> <tr> <td>S. Lazzaro</td> <td>1,82</td> </tr> <tr> <td>AUSL</td> <td>1,87</td> </tr> <tr> <td>RER</td> <td>1,76</td> </tr> </tbody> </table> <p>Fonte Dati: ASA-Regione Emilia Romagna. Regime di erogazione: SSH.</p>										Distretto	Visite pro-capite	Casalecchio	1,74	Città di Bologna	1,99	Pianura Est	1,70	Pianura Ovest	1,78	Porretta	1,86	S. Lazzaro	1,82	AUSL	1,87	RER	1,76
Distretto	Visite pro-capite																										
Casalecchio	1,74																										
Città di Bologna	1,99																										
Pianura Est	1,70																										
Pianura Ovest	1,78																										
Porretta	1,86																										
S. Lazzaro	1,82																										
AUSL	1,87																										
RER	1,76																										
Questo dato di consumo deve essere letto in relazione a Tempi di Attesa per l'erogazione di prestazioni specialistiche che ancora presenta criticità per alcune tipologie, cardiologia e oculistica in particolare, e al dato della percentuale di rifiuti della prima disponibilità offerta dal sistema prenotativo CUP nell'area di Bologna, pari al 70%.																											
<i>Obiettivo/i prioritario/i in ambito Sociale, Sociosanitario e dei Servizi Sanitari territoriali</i>																											
Avviare un confronto con i medici, ospedalieri e dei Nuclei di Cure Primarie, per verificare l'appropriatezza della prescrizione specialistica e per individuare rapporti standard fra prime visite ed accessi successivi nella stessa branca specialistica.																											
Sensibilizzare la popolazione circa l'assenza di una proporzionalità tra livello di salute e livello di consumo dei servizi.																											
<i>OBIETTIVI D'INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE</i>																											
Politiche dell'informazione e della promozione della salute.																											
<i>Indicatori di risultato</i>																											
<ul style="list-style-type: none"> - Miglioramento dell'indice di performance delle prestazioni oggetto di monitoraggio - Attivazione di agende di garanzia 																											

7. Monitoraggio e valutazione

Come indicato nel Piano Sociale e Sanitario la Regione darà avvio ad un processo volto ad elaborare e condividere con gli Enti locali, e tutti i soggetti coinvolti nella programmazione, un sistema di monitoraggio attraverso appositi strumenti che in maniera continuativa descrivano le principali azioni, progetti e servizi presenti sul territorio e un sistema di valutazione che misuri l'efficacia delle scelte programmate e degli interventi realizzati.

Verrà pertanto individuato un sistema comune, sociale e sanitario, per mettere in atto azioni di monitoraggio e di valutazione, per analizzare i processi e i risultati delle proprie politiche sociali e socio-sanitarie e migliorare tali politiche ed i relativi interventi in un quadro in cui tali livelli si alimentino a vicenda, divenendo l'uno risorsa per l'altro. Impostare quindi un percorso di valutazione che si pone come intento quello di adottare un approccio metodologico comune e strumentazioni complementari.

In prospettiva sarà importante che al monitoraggio e alla valutazione dei piani e dei programmi elaborati in maniera integrata "Piano per la Salute e il benessere sociale" partecipino i soggetti che rappresentano delle effettive risorse per la promozione di tale sviluppo locale. Occorre, in altri termini, che la valutazione sia interpretata come processo di apprendimento collettivo dei soggetti che insieme concorrono alla realizzazione delle politiche sociali e socio-sanitarie pubbliche, che, anche grazie alla valutazione, imparano a "governare" insieme un sistema locale di servizi.

Il sistema di monitoraggio e valutazione che la Regione intende mettere a punto si pone come obiettivo l'individuazione e la condivisione di strumenti per la raccolta dei dati, di indicatori che consentano comparazioni e raffronti temporali e richiede l'impegno da parte di tutti gli attori coinvolti nel fornire le informazioni, nel rielaborarle e nel prevedere forme di restituzione utili, sia ai rappresentanti politici che le utilizzeranno per ri-orientare la loro azione, sia ai cittadini che saranno così più consapevoli delle scelte di organizzazione e miglioramento dei servizi ad essi destinati.

Questo impegnativo e ambizioso lavoro prenderà avvio dal 2009 e il Distretto di Bologna parteciperà con i diversi professionisti competenti ai gruppi tecnici che verranno organizzati ad hoc a livello regionale.

Tuttavia, in attesa delle indicazioni regionali, si è riscontrata l'opportunità di attivare un apposito gruppo di lavoro a livello provinciale, per svolgere un approfondimento sul tema, attraverso la partecipazione dei tecnici competenti di Comune e Ausl dei Diversi distretti del territorio.

Il Distretto di Bologna parteciperà pertanto al progetto sovrazonale relativo "Azioni di supporto alla raccolta, elaborazione e analisi dati in ambito sociale e sociosanitario a supporto delle funzioni delle CTSS"³⁴.

Sia gli obiettivi strategici triennali, che le attività progettuali relative al Piano attuativo 2009 di questo primo Piano del Benessere 2009-2011, contengono già dei primi indicatori di valutazione degli interventi che sono stati individuati tenendo conto, da un lato, delle banche dati esistenti e quindi della fattibilità e reperibilità dei dati necessari, dall'altro dell'esperienze degli Enti coinvolti quali "bilancio sociale" e "bilancio di missione" che già avevano negli anni passati individuato indicatori sull'impatto delle azioni e degli interventi in ambito sociale e sanitario.

³⁴

Vedi scheda progettuale contenuta nel Piano Attuativo 2009 nel capitolo "Progetti provinciali e sovrazonali"

8. Orientamenti per la programmazione finanziaria

La situazione di forte incertezza sull'ammontare delle risorse a disposizione del triennio 2009-2011 rende particolarmente complesso poter definire precisi orientamenti per la programmazione dei Piani di Zona per la salute e il benessere sociale con una proiezione triennale.

Il Distretto di Bologna si impegna a garantire la continuità dei servizi e degli interventi ritenuti “indispensabili” pur in assenza di precise indicazioni sui livelli di assistenza, perseguito, ove possibile, economie di scala, ottimizzazioni gestionali e la definizione di criteri di offerta ed erogazione dei servizi dei diversi ambiti di intervento.

In particolare per quanto riguarda la programmazione del FRNA si intendono garantire attraverso la programmazione concertata a livello distrettuale la continuità degli interventi avviati, rivolti a disabili e anziani, con l'istituzione del fondo.

Per quel che riguarda il Fondo Sociale Locale si intende sostenere la continuità alle progettazioni e ai servizi in essere, introducendo innovazioni solo là dove è possibile anche attivando a tal riguardo le risorse eventualmente messe in campo dai diversi soggetti coinvolti.