

Accordo di programma per l'approvazione del Piano di zona per la salute e il benessere sociale del distretto di Casalecchio di Reno - triennio 2009-2011

La Provincia di Bologna
I Comuni del Distretto di Casalecchio di Reno
L'Azienda USL di Bologna

Premesso che:

- la l.r. 12.3.2003, n. 2 “ Norme per la cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali” riconosce la centralità delle comunità locali e la partecipazione attiva della società civile;
- la citata legge regionale, assume il Piano Regionale degli interventi e servizi sociali integrato con il Piano Sanitario Regionale quale strumento di programmazione a livello regionale. Il Piano di zona distrettuale per la salute e il benessere sociale costituisce, a sua volta, lo strumento di programmazione sociale, sanitaria e socio-sanitaria triennale a livello distrettuale, e deve essere approvato con appositi Accordi di Programma. Successivamente, i Comuni del distretto – a cadenza annuale – pervengono all'elaborazione del Programma attuativo annuale;
- la l.r. 29.12.2004, n. 29 “Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale” definisce le modalità di raccordo tra la programmazione regionale e la programmazione attuativa locale, rafforzando il ruolo degli Enti locali che, nell'ambito della Conferenza territoriale sociale e sanitaria, sono chiamati a partecipare alla programmazione delle attività ed alla verifica dei risultati di salute;
- il Comune di Casalecchio e l'Azienda USL hanno sottoscritto a novembre 2008, la Convenzione per il governo congiunto delle politiche e degli interventi sociosanitari, per la costituzione del nuovo ufficio di piano e per la gestione del Fondo Regionale per la non autosufficienza, coerentemente a quanto disposto dalla Regione Emilia Romagna con delibera di Giunta n. 1004/2007;
- la Regione Emilia-Romagna, con deliberazione dell'Assemblea legislativa 22.5.2008, n. 175, ha approvato il Piano sociale e sanitario 2008 – 2010”, con il quale ha definito il nuovo modello di welfare di comunità - improntato ad una forte integrazione fra le diverse forme di assistenza sanitaria e l'assistenza sanitaria e sociale - e l'architettura del nuovo sistema di governance, regionale e distrettuale.
- con successive deliberazioni della Giunta 20.10.2008, n. 1682 e dell'Assemblea legislativa 12.11.2008 n. 196, la Regione Emilia-Romagna ha quindi rispettivamente definito le procedure per la programmazione in ambito distrettuale relative alla prima attuazione del Piano Sociale e Sanitario Regionale 2008 –2010 e gli obiettivi e i criteri generali di ripartizione delle risorse relative all'elaborazione del primo Programma attuativo annuale;
- le Conferenze Territoriali Sociali e sanitarie di Bologna e del Nuovo Circondario Imolese hanno successivamente elaborato ed approvato l'”Atto di indirizzo e coordinamento triennale” ed il “Profilo di comunità”, che rappresentano il quadro di riferimento per la programmazione provinciale e distrettuale;

Dato atto che:

- sulla base di quanto condiviso dalle Conferenze Territoriali sociali e sanitarie nell'elaborazione dell'Atto di indirizzo e coordinamento triennale”, a livello di distretto il sistema di governance è articolato in:
 - o Comitato di distretto, composto dai sindaci del distretto, integrato dal Direttore di

- distretto, che ha individuato quale Comune referente per la propria zona il Comune di Casalecchio di Reno. Al Comitato di distretto compete la funzione di governo del processo della programmazione distrettuale e la funzione tecnico amministrativa e gestionale relativa all'attuazione della programmazione stessa, da realizzarsi con il supporto dell'Ufficio di Piano. Il Comitato di distretto concerta con le Organizzazioni Sindacali relativamente ad obiettivi e linee strategiche;
- Tavolo di welfare, composto da rappresentanti delle istituzioni e della società civile e Tavolo delle organizzazioni sindacali, a cui compete il confronto e l'elaborazione, in un'ottica comunitaria, delle politiche sociali e socio sanitarie;
 - Tavoli tematici, a cui viene affidato il compito di approfondire le singole problematiche e di individuare le proposte tecniche di miglioramento e le azioni prioritarie da intraprendere;

Rilevato che

- Dal mese di giugno 2008 si è dato corso nel distretto di Casalecchio di Reno sia all'attività di programmazione distrettuale per il triennio 2009 –2011 sia alla elaborazione del Programma attuativo annuale 2009, declinando le priorità e gli orientamenti contenuti nell'”Atto di indirizzo e coordinamento triennale” secondo le peculiarità del territorio di riferimento;
- A tale attività hanno fattivamente e costruttivamente partecipato, oltre ai diversi livelli di governo politico e tecnico del distretto, i soggetti del Terzo Settore presenti nella zona;

Tutto ciò premesso e considerato, tra le Parti si conviene e si stipula il seguente Accordo di Programma

Art. 1

La premessa è parte integrante del presente Accordo.

Art. 2 – Finalità

Con il presente Accordo le Parti approvano il “Piano di zona distrettuale per la salute e il benessere sociale – triennio 2009 –2011” e il “Programma attuativo annuale 2009”, risultato di un percorso di programmazione e pianificazione partecipata, condiviso fra i soggetti pubblici e del privato sociale attivi sul territorio.

Art. 3 – Piano di zona distrettuale per la salute e il benessere sociale

Il “Piano di zona distrettuale per la salute e il benessere sociale – Triennio 2009 –2011” costituisce lo strumento unitario di programmazione sociale, sociosanitaria e sanitaria territoriale.

Esso rappresenta, altresì, il punto di snodo e di interconnessione distrettuale con le scelte di intervento nell'ambito di altre politiche che impattano su salute e benessere sociale e di raccordo con altri strumenti di programmazione locale.

Art. 4 – Programma attuativo 2009

Il Programma attuativo annuale, quale declinazione annuale degli obiettivi strategici triennali del Piano di zona per la salute e il benessere sociale, è il documento di programmazione tecnico economica annuale degli interventi,

Inoltre, in un quadro integrato e di insieme delle risorse presenti sul territorio, il Programma attuativo annuale ricomprende, oltre agli interventi distrettuali, sia il “Programma provinciale per la promozione di politiche di accoglienza e tutela dell'infanzia e dell'adolescenza” sia il “Piano territoriale provinciale per azioni di integrazione sociale a favore dei cittadini stranieri immigrati”, nonché i progetti sovrazonali, di cui all'elenco allegato.

Art. 5 – Oneri finanziari

Relativamente al Programma attuativo annuale 2009, esso comprende azioni ed interventi per una spesa complessiva distrettuale di Euro 40.123.018,29, di cui:

- Euro 22.445.384,89 finanziato con fondi dei comuni,
- Euro 475.903,64 finanziato con il Fondo Sociale Locale, gestito dal Comune capofila
- Euro 137.541,32 finanziato con il fondo nazionale per le politiche della famiglia, gestito dal Comune capofila
- Euro 556.201,00 finanziato con il fondo nazionale non autosufficienza, gestito dal Comune capofila
- Euro 8.823.669,00 finanziato con il fondo regionale non autosufficienza, gestito dal Comune Capofila
- Euro 2.827.153,78 finanziato con fondi della Azienda USL – distretto di Casalecchio di Reno per la spesa sociosanitaria,
- Euro 11.527,00 finanziato con fondi di altri soggetti pubblici (ASP)
- Euro 60.000,00 finanziato con fondi di altri soggetti privati

La Provincia di Bologna, inoltre, promuove nell'ambito del Programma attuativo 2009 azioni di sistema per un valore economico di euro 11.248.281,00.

Le Parti concordano, infine, che tali risorse potranno essere integrate da contributi per i quali è in corso la richiesta di concessione ovvero da risorse attualmente non previste e non quantificabili. Esse convengono, altresì, che potranno essere apportate eventuali modifiche agli impegni finanziari inizialmente assunti, previa intesa all'interno degli organismi di distretto fra tutti i soggetti sottoscrittori del presente Accordo di Programma, a condizione che tali modifiche non pregiudichino il raggiungimento degli obiettivi e la realizzazione degli interventi previsti nel Programma attuativo 2009.

Art. 6 – impegni delle parti

Le amministrazioni aderenti al presente accordo si impegnano a collaborare per il conseguimento degli obiettivi previsti nel Piano di zona distrettuale per la salute ed il benessere sociale – triennio 2009 – 2011 e per la realizzazione degli interventi previsti nei Programmi attuativi annuali.

I **Comuni** si impegnano ad approvare i programmi attuativi annuali previa valutazione condivisa, in seno al Comitato di distretto e nell'ambito del tavolo del welfare degli interventi e delle funzioni da gestire al fine di garantire omogeneità a livello distrettuale ed assicurare l'opportuno coordinamento con l'Azienda USL e con il privato sociale del territorio.

I Comuni destinano alla realizzazione del Piano di zona distrettuale per la salute e il benessere sociale e del Programma attuativo annuale le risorse comunali integrate dai fondi nazionali e regionali appositamente erogate ai Comuni medesimi.

I Comuni si impegnano altresì ad aderire e collaborare fattivamente alla attuazione dei progetti a valenza provinciale partecipando, compatibilmente con le risorse disponibili, alla realizzazione degli stessi nei termini e modalità definiti collegialmente.

I Comuni collaboreranno, altresì, alla definizione delle modalità e al concreto monitoraggio del Piano di zona distrettuale e dei Programmi attuativi annuali ai fini della loro valutazione.

L'Azienda USL di Bologna, collaborerà, per quanto di propria competenza, alla realizzazione del Piano di zona per la salute e il benessere triennale e relativi programmi attuativi annuali. Il direttore di distretto partecipa formalmente al processo decisionale tramite l'espressione di intesa. Le modalità di espressione di tale intesa, che riguarda l'area dell'integrazione

sociosanitaria, sono concordemente individuate da Comuni e Direttore di distretto.
L'Azienda collaborerà, infine, per quanto di propria competenza, alle attività di monitoraggio e valutazione del Piano di zona distrettuale e dei Programmi attuativi annuali.

La Provincia di Bologna collaborerà con i Comuni e con l'Azienda USL, nell'ambito dei tavoli di lavoro della CSST, all'attività di coordinamento e di raccordo nell'ambito della programmazione locale, garantendo in particolare:

il raccordo fra i vari Uffici di Piano, nell'ambito dello staff tecnico

il raccordo per la realizzazione del progetto relativo agli sportelli sociali

il supporto nella rilevazione dei bisogni e dell'offerta

La Provincia di Bologna garantisce inoltre il coordinamento e/o la gestione dei relativi programmi provinciali e dei progetti sovrazionali.

Essa infine, coordinerà l'attività di monitoraggio e valutazione, a livello provinciale e in stretto raccordo con gli Uffici di Piano dei Piani di zona distrettuali e dei Programmi attuativi annuali.

Art. 7 – Funzioni di vigilanza

Le Amministrazioni convengono di istituire il Collegio di vigilanza di cui faranno parte: il Presidente della Provincia di Bologna, o suo delegato, il Sindaco del comune di.....o suo delegato, il Direttore di distretto o suo delegato, con il compito di vigilare sul corretto svolgimento degli interventi previsti nel Piano per la salute e il benessere sociale – triennio 2009 - 2011 e nei Programmi attuativi annuali.

Il Collegio di Vigilanza, una volta riscontrata la presenza di ritardi o negligenze nella realizzazione degli interventi, provvede a darne comunicazione agli altri soggetti firmatari dell'Accordo al fine di concordare soluzioni o interventi da adottare, ivi compresa la possibilità di proporre la modifica, anche sostanziale, degli interventi previsti nei Piani.

Art. 8 – Durata

Il presente Accordo di programma ha durata triennale a decorrere dalla data di sottoscrizione e si concluderà ad avvenuta ultimazione dei programmi e degli interventi previsti nel "Piano di zona per la salute e il benessere sociale – triennio 2009 – 2011" e nei Programmi attuativi annuali.

Art. 9 – Pubblicazione

Entro i termini concordati, il Comune referente di distretto trasmetterà alla Regione Emilia Romagna il presente Accordo di programma per l'approvazione del Piano per la salute e il benessere sociale e per la pubblicazione dello stesso sul Bollettino Ufficiale della Regione Emilia Romagna.

In fede ed a piena conferma di quanto sopra, le Parti si sottoscrivono come segue:

Casalecchio di Reno, 16 marzo 2009

Ente

Firma

Provincia di Bologna

Azienda USL di Bologna

Comune di Bazzano

Comune di Casalecchio di Reno

Comune di Castello di Serravalle

Comune di Crespellano

Comune di Monteveglio

Comune di Monte San Pietro

Comune di Sasso Marconi

Comune di Savigno

Comune di Zola Predosa

Aderiscono inoltre al presente accordo di programma, condividendone le finalità e le modalità di realizzazione individuate

Firma

**Verbale di accordo
Sul Piano di Zona per la salute ed il benessere 2009-2011**

Prot. 0005135 del 27/02/2009

07/15 fasc. 6/2009

In data odierna 19 febbraio 2009, i Comuni del Distretto di Casalecchio, rappresentati dal Presidente del Comitato di Distretto sociale e sanitario di Casalecchio di Reno, Simone Gamberini, Sindaco del Comune di Casalecchio di Reno e le organizzazioni sindacali territoriali CGIL, CISL, UIL confederali, di categoria e dei pensionati, dopo un articolato confronto, sulla base di una attenta analisi del profilo di comunità, convengono sulle priorità, sia trasversali che di target, da perseguire nel triennio 2009-2011, contenute nel presente accordo.

Le parti convengono inoltre sulla metodologia seguita dal Comitato di Distretto, in collaborazione con l'Ufficio di Piano distrettuale per la costruzione/elaborazione del Piano di Zona per la Salute ed il Benessere sociale 2009-2011, allegata al presente accordo (allegato 1);

Profilo di comunità.

Punti di attenzione (per il dettaglio sui dati relativi ai singoli paragrafi, si veda il "*Profilo di Comunità*" contenuto nel Piano di Zona per la salute ed il benessere):

1. Andamenti demografici

Minori: costante crescita della popolazione sotto il 14 anni: dato superiore alla media provinciale (+2%ca)
in particolare, forte presenza dei minori immigrati.

Anziani: costante crescita della popolazione sopra i 74 anni: dato superiore alla media provinciale (+4%ca)

Minore presenza, rispetto alla provincia di famiglie uni personali di anziani

2. Ambito sanitario

Diverse tendenze fra "popolazione tossicodipendenti" e "popolazione alcooldipendenti"

"popolazione tossicodipendenti": andamento degli utenti discontinuo; quota di utenti inferiore al dato provinciale

"popolazione alcooldipendenti": andamento degli utenti in crescita (2004 99 utenti; 2007, 123 utenti, variazione %+24); quota di utenti superiore al dato provinciale

3. Ambito sociale e socio-sanitario

3.1. Area minori

In generale, si assiste ad un trend di crescita dei minori in carico. A Casalecchio, al 2006 sono 1.119, di cui quasi la metà stranieri.

È notevolmente aumentato il numero di minori in comunità di accoglienza (nelle sue diverse forme)

Minori in comunità: dal 2003 al 2006 si è passati : da 7 a 24 minori.

Dei 12 minori disabili in comunità della provincia di Bologna, ben 6 sono a Casalecchio (2006)

3.2. Area anziani

Dal punto di vista del profilo demografico, la Provincia di Bologna presenta nel suo complesso una quota molto elevata, lievemente superiore alla media regionale e nazionale, di popolazione anziana. In

particolare, gli ultra settantacinquenne, con una forte componente di anziani soli, sono in costante crescita negli ultimi anni.

I servizi rivolti agli anziani non autosufficienti nel distretto si rilevano essere complessivamente in linea col dato provinciale, sebbene, a ben guardare i dettagli, si notano alcuni disallineamenti, come la percentuale di posti convenzionati in strutture residenziali e quella degli Anziani > 75 assistiti in AD.

I soggetti in lista d'attesa per i posti residenziali sono l'8.5% (153) del totale provinciale 2006 (1803)

3.3. Area disabili

Analisi degli utenti disabili adulti in carico per tipo di intervento (domiciliare, residenziale, semi-residenziale) al 2006.

Il Distretto di Casalecchio, in confronto con gli altri distretti della provincia, sembra **prediligere gli interventi semiresidenziali.**

4. Ambito sociale e socio-educativo

Servizi educativi 0-3: Casalecchio presenta una percentuale più elevata di domande non soddisfatte rispetto al dato medio provinciale. Presenta al contempo una percentuale più elevata di bambini iscritti ai servizi integrativi (ad esempio, Centri bambini e genitori), educatrice famigliare, educatrice domiciliare rispetto al dato medio provinciale.

Scuola d'infanzia: si rileva una diminuzione dei bambini disabili alla scuola d'infanzia ed un aumento dei bambini stranieri (variazione significativa, comunque inferiore al dato medio provinciale).

Presenza di minori stranieri nella scuola: dalla scuola d'infanzia, alla scuola secondaria di primo grado la percentuale di bambini/ragazzi stranieri aumenta. Mentre per la scuola d'infanzia la presenza di bambini immigrati è inferiore al dato medio provinciale, i ragazzi immigrati alle medie sono presenti in misura maggiore.

Presenza di minori disabili nella scuola: il dato della presenza è sempre inferiore al dato medio provinciale in tutte le classi di scuola.

Osservatorio della scolarità: aumento dei ripetenti dal 2003-2006 molto più elevato rispetto al dato medio provinciale.

Al contempo diminuzione dei ritirati.

5. Ambito formativo e lavoristico

Numero significativo degli Utenti in cooperative sociali di tipo b sul totale provinciale (2005): 58/386.

6. Ambito abitativo

Maggior variazione del numero di domande valide di Fondo sociale affitto (2003-2006) rispetto al dato provinciale.

Priorità trasversali:

- impegno in azioni intersettoriali 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 e gli interventi di provata efficacia ed appropriatezza.

Priorità per target

Responsabilità familiari, infanzia e adolescenza

Sostegno alle famiglie in situazione di difficoltà economica e precarietà **attraverso interventi in particolare sull'area abitativa, lavorativa, fiscale e tariffaria dei servizi.**

Sostegno alle famiglie nelle funzioni di cura e agli interventi educativi per l'infanzia e l'adolescenza attraverso

- potenziamento e l'ampliamento dei servizi di nido e dei centri per bambini e genitori
- sostegno ai centri per le famiglie e potenziamento del raccordo con i consultori
- valorizzazione del ruolo dei consultori e dei servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza nel realizzare efficaci forme di prevenzione
- azioni rispetto all'adolescenza, periodo di "passaggio" durante il quale possono manifestarsi forme varie di disagio e di difficoltà personale ed intrafamiliare
- costruire e rafforzare le reti di fiducia tra le persone, potenziando non solo l'erogazione di servizi ma anche le possibilità di incontro informale tra famiglie (mutuo-aiuto, scambi di tempo e solidarietà tra famiglie.)

Sostegno a famiglie e minori in difficoltà e prevenzione del disagio

A fronte di una crescita di sofferenza e disagio intrafamiliare e ad un incremento e una maggiore complessità dei minori in carico (madri sole con figli, adolescenti con problematiche complesse, di minori stranieri non accompagnati...) è prioritario:

- un potenziamento dei servizi per realizzare azioni di prevenzione del disagio e di sostegno/recupero delle competenze genitoriali, in particolare attraverso la valutazione e una presa in carico multidisciplinare (sociale, sanitaria, educativa); il rafforzamento dei servizi territoriali, il mantenimento di servizi/equipe specializzate di ambito sovraterritoriale su temi specifici (affidamento familiare, accoglienza in comunità, adozione; Centro provinciale multiprofessionale contro l'abuso e il maltrattamento; la prosecuzione del lavoro dei Tavoli provinciali, il potenziamento del rapporto tra T.M./servizi (buone prassi, intese, protocolli...)
- l'attivazione di progetti o risposte sovradistrettuali per specifiche tematiche (pronto intervento e pronta accoglienza, minori stranieri non accompagnati, comunità educativo-terapeutiche..)
- l'ampliamento del numero, specializzazione, qualificazione delle comunità di accoglienza e delle famiglie affidatarie e avvio delle azioni previste nella direttiva regionale sull'accoglienza
- il mantenimento delle azioni di formazione e valutazione delle famiglie disponibili all'adozione e sostegno delle famiglie adottive nel post-adozione e attenzione al limitare le liste d'attesa
- il consolidamento del raccordo tra i servizi sociali e sanitari e il Centro multiprofessionale "Il Faro" per le azioni contro il maltrattamento e l'abuso , nonché il raccordo con la scuola e i servizi educativi,

Disagio scolastico

- individuazione di strategie e di linee guida per contrastare l'evasione dall'obbligo scolastico e formativo
- sostegno agli adolescenti e giovani inseriti nel percorso scolastico, della formazione professionale e apprendistato e attenzione all'entrata nel lavoro, anche attraverso il potenziamento di attività quali il servizio di tutorato, offerto presso i Centri per l'Impiego in collaborazione nel territorio con scuola, FP, Servizi sociali, contesti aggregativi presenti sul territorio .
- consolidamento dei luoghi di programmazione e coordinamento a livello provinciale, (Conferenza Provinciale allargata e Gruppo interistituzionale: progettazione condivisa delle risorse; promozione di accordi e protocolli; valorizzazione e diffusione delle iniziative; promozione e sostegno ai centri risorse a livello provinciale); e a livello territoriale attraverso i tavoli tematici e le conferenze territoriali per il miglioramento dell'offerta formativa, per la promozione e attivazione di accordi, protocolli, convenzioni tra le scuole, gli enti locali; per la definizione delle modalità di intervento, degli impegni e delle opportunità che consentano di ottimizzare le risorse.

Giovani:

- realizzazione di un portafoglio delle politiche giovanili (risorse che l'Ente locale destina alle proprie azioni di politiche giovanili, anche nell'ottica del Bilancio sociale)
- Rafforzamento del rapporto tra istituzioni, associazionismo e scuola a favore della famiglia e dei giovani
- attivazione dei Tavoli tematici sulle politiche giovanili nelle distretti/zone, con la partecipazione di tutte le professionalità e le organizzazioni del terzo settore che si occupano di politiche giovanili, e mantenimento del Coordinamento provinciale e del Focus permanente delle politiche giovanili come l'interlocutore privilegiato in materia di politiche giovanili,
- mantenimento delle azioni di prossimità, interventi in raccordo con la scuola sulla promozione della salute e prevenzione , centri di aggregazione ecc.

Minori disabili

Piena attuazione della L. 104/92 in particolare attraverso la realizzazione di quanto contenuto nell'Accordo di programma provinciale per l'integrazione scolastica e formativa dei bambini e alunni disabili che ridefinisce i luoghi e gli strumenti di programmazione e di verifica, i tempi e le responsabilità di ciascuno ed introduce la definizione dei "Criteri diagnostici" per la certificazione.

L'Accordo Quadro, andrà declinato ed articolato negli Accordi Territoriali di ambito almeno distrettuale, concordati ed inseriti nella programmazione dei Piani di zona per la salute e il benessere sociale, per migliorare il coordinamento tra servizi scolastici, territoriali ed extrascolastici, in particolare individuando i tavoli tematici e le Conferenze territoriali come luoghi di programmazione per una efficace integrazione delle risorse.

Essendo l'accordo provinciale sottoscritto nel giugno 2008, si ritiene che gli accordi territoriali possano essere realizzati ed inseriti nel programma attuativo 2009 dei piani di zona per la salute e il benessere.

Immigrazione

▪ **evoluzione del welfare locale in chiave universalista**

Va razionalizzato l'attuale sistema dei servizi, anche attraverso una migliore informazione al territorio, al fine di promuovere stili di accesso e di fruizione più adeguati ed efficienti delle risorse disponibili.

E' necessario fare un salto di qualità della rete costruitasi in questi anni, in una duplice direzione: andare oltre la logica dello sportello plurisetoriale specializzato per immigrati, da un lato, e investire sull'evoluzione interculturale di tutti i servizi territoriali, affinché migliorino la propria capacità di presa in carico della popolazione straniera, in tutte le sue diverse componenti (uomini e donne, prime e seconde generazioni), dall'altro lato.

Gli attuali sportelli per immigrati dovrebbero comunque conservare alcune competenze specifiche, con particolare riferimento all'assistenza e tutela legale, ma dovrebbero esercitarle in più stretta sinergia innanzitutto con gli Sportelli sociali, nella prospettiva di integrare i due punti-servizio in un unico sistema.

▪ **lingua italiana**

La conoscenza della lingua italiana è uno strumento fondamentale per l'integrazione sociale. Fra gli adulti stranieri, immigrata anche da lunga data, permangono però vaste carenze al riguardo.

E' pertanto necessario investire in questo campo, proponendo corsi sia base che più avanzati e sperimentando nuove modalità di offerta.

▪ **capitale sociale**

Il capitale sociale è uno dei determinanti di salute e di benessere di primaria importanza.

Al fine di promuoverlo al meglio, le politiche, integrate tra di loro, sono chiamate ad incarnare nei propri interventi valori quali: la solidarietà ed i legami di fiducia e di lealtà, la cittadinanza attiva, il senso di appartenenza, le responsabilità personale e collettiva, l'auto-mutuo-aiuto, il dialogo.

Il sostegno alle iniziative di comunicazione interculturale, da un lato, e l'attivazione di forme di partecipazione e rappresentanza politica dei cittadini extracomunitari ed apolidi, dall'altro lato, sono quindi due percorsi da confermare e sviluppare.

Povertà

I processi di impoverimento riguardano in misura sempre crescente anche la nostra provincia, senza variazioni di rilievo fra la città ed i restanti comuni del territorio.

Questi processi generano situazioni di sofferenza (più spesso di natura economica) che, se non affrontate, possono aggravarsi e segnare il passaggio ad una condizione di forte marginalità ed esclusione sociale.

Povertà estrema ed emarginazione sociale grave riguardano diverse tipologie di soggetti (senza dimora, popolazioni rom e sinte, detenuti ed ex-detenuti, immigrati irregolari, donne vittime di tratta o di riduzione/mantenimento in schiavitù, ecc.) il cui bisogno 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.

Questa presenza, seppure numericamente non rilevante, contribuisce a destare forte **allarme sociale** spesso strumentalmente alimentato dai mass-media, ed a generare una **domanda di sicurezza** intesa unicamente in un'ottica repressiva. Insicurezza e solitudine sono invece determinate dalle complessità derivanti dalla globalizzazione e dai fenomeni ad essa connessi, principalmente legati alla riduzione dell'intervento pubblico in campi tradizionalmente occupati dalle politiche di welfare ed alla precarietà/flessibilità del mercato del lavoro.

Per contrastare questi fenomeni è dunque fondamentale da un lato **rilanciare i valori sociali della convivenza**, dove i bisogni dell'"altro" assumono una rilevanza per la dimensione pubblica della vita e sono intesi come certezza di diritti e di risposta ai bisogni, dall'altro **sviluppare una forte sinergia fra politiche socio-sanitarie, politiche della casa e del lavoro**.

Per quanto riguarda, in particolare, le vittime della tratta a scopo di sfruttamento sessuale, lavorativo, in attività di accattonaggio e attività illegali si rimanda al documento approvato dal Consiglio provinciale a settembre 2008 denominato "Prostituzione e tratta – diritti e cittadinanza, le proposte di chi opera sul campo" nel quale vengono indicate e suggerite specifiche azioni per contrastare il fenomeno, che si assumono.

Anziani

1) partecipazione alla vita pubblica e culturale, sia come diritto di cittadinanza che come importante fattore di prevenzione:

- sviluppo di **proposte culturali** innovative e adeguate alle nuove generazioni di anziani, per promuoverne la vita di relazione e la partecipazione attiva
- sperimentazione di forme di **residenzialità** innovativa, tali da favorire la vita di relazione e lo scambio intergenerazionale (es. condomini solidali, cohousing ...)
- **politiche dei trasporti e della mobilità** attente allo sviluppo di percorsi protetti per la mobilità cittadina e allo sviluppo di alternative al mezzo privato più adeguate alle esigenze e alle condizioni degli anziani.

2) Prevenzione: non si deve dare per scontato che l'invecchiamento della popolazione comporti di per sé un aumento della disabilità e del carico per i servizi sanitari e sociali.

- consolidare ed estendere il sistema di prevenzione già delineato, e in particolare consolidare i progetti di mappatura e monitoraggio della fragilità già avviati (e-Care, la mia casa sicura, progetto PRI-ER, emergenza caldo) e rafforzarne la connessione

3) sviluppo di un'offerta di servizi basata su modelli di assistenza più efficienti, più capaci di sostenere l'autonomia residua e più vicini ai desideri degli anziani

- realizzazione di un sistema integrato di risposta alla cronicità (come previsto dal documento sulle Cure primarie)

- sviluppo e piena copertura territoriale del sistema Garsia per l'accesso e la continuità assistenziale
- sostegno alla permanenza al proprio domicilio dell'anziano non autosufficiente (da cui un'attenzione specifica va posta alle dimissioni protette oltre che a tutti quegli interventi afferenti alla domiciliarità: telesoccorso, pasti, trasporti, assistenza domiciliare,...)
- ampliamento dell'offerta residenziale, in coerenza con la legislazione regionale
- avviare un lavoro di approfondimento su:
 - **assistenza domiciliare**: qualificazione ed incremento dell'assistenza domiciliare e dell'assistenza domiciliare integrata, affrontando le criticità relative a tempestività di attivazione dell'AD e della rete dei servizi, continuità dei percorsi di cura e assistenza, competitività, efficacia ed efficienza del servizio.
 - **centri diurni**: con l'obiettivo di incrementare l'offerta di posti disponibili e di definire un modello maggiormente flessibile, fruibile (es. orari di apertura) e integrato
 - **assistenti familiari**, con l'obiettivo di un loro progressivo inserimento nella rete dei servizi aggiornando le proposte e le analisi già elaborate nel 2007.

Disabili

Diffondere la cultura dell'integrazione al fine di creare le basi per una società realmente inclusiva, che offra pari opportunità a tutti. In quest'ottica si ribadisce l'importanza di promuovere e sostenere i percorsi di autonomia delle persone disabili in tutti gli ambiti di vita; occorre quindi porre grande attenzione a questioni importanti quali trasporto, casa, tempo libero, lavoro etc rendendo accessibili, anche per la popolazione disabile, luoghi, informazioni, servizi e in generale le opportunità del territorio.

In specifico si individuano le seguenti priorità:

1) evoluzione dei servizi:

- impegno, con priorità assoluta, a definire entro il termine di 6 mesi dall'Atto di indirizzo di **criteri omogenei per la valutazione dei bisogni e per la definizione di percorsi personalizzati in relazione ai bisogni**, in un quadro che definisca ed espliciti anche le modalità e i livelli di integrazione fra i servizi distrettuali e dipartimentali e con i servizi sociali.
- valorizzare e rafforzare lo strumento del PAI e sviluppare la collaborazione e l'integrazione istituzionale attorno ai bisogni individuali e rafforzare, la partecipazione degli utenti, delle loro famiglie e delle loro forme associative, ciascuno al proprio livello alla definizione dei progetti assistenziali.
- favorire i percorsi di autonomia e vita indipendente, garantire la continuità della presa in carico in tutte le fasi della vita e sostenere la permanenza al domicilio

2) lavoro:

- qualificazione dei processi volti all'inserimento e manutenzione dell'inserimento lavorativo, che deve partire da percorsi di formazione qualificanti per il lavoro e prevedere per alcuni anni un accompagnamento della persona inserita, guardando nel suo complesso alla fascia di età 16/25
- sostegno alle coop. B, dando seguito alle disposizioni legislative nazionali e regionali, operando per una loro sempre maggiore qualificazione.

Sanità

L'impegno a "fare sistema", sempre, nell'approccio clinico assistenziale come nel disegno organizzativo: si citano a questo proposito i percorsi diagnostici e terapeutici, le riorganizzazioni di livello intradipartimentale (ad es. Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, Dipartimento di sanità Pubblica, Distretti e loro nuovo ruolo, Dipartimento Cure Primarie) finalizzate ad affrontare con successo vecchie e nuove sfide, la presa in carico integrata dei pazienti, le iniziative di raccordo tra i regimi assistenziali ospedaliero e territoriale e tra le aziende della provincia.

Il ricorso metodologico al punto di vista preventivo, non solo per le patologie oncologiche o per quelle vascolari, per gli incidenti domestici, stradali o sul lavoro, ma soprattutto come spostamento di attenzione verso l'individuazione dei fattori di rischio e l'approfondimento delle conoscenze delle loro caratteristiche.

Verso nuovi modelli di organizzazione ospedaliera come risposta all'evoluzione delle caratteristiche che connotano il bisogno di cure in regime di ricovero.

Gli ospedali hanno da tempo centrato il loro intervento sulle fasi acute della malattia in cui esso è più utile e appropriato, non tralasciando l'importanza dell'umanizzazione delle cure e modellando la propria organizzazione interna anche tramite lo sviluppo delle funzioni di post-acuzie, di riabilitazione e di raccordo con la domiciliarità. Si cita l'Istituto della Dimissione Protetta, di cui sono valorizzati il senso e i contenuti specifici del versante ospedaliero, e delle "cure intermedie" come luogo in cui il sistema utilizza il momento residenziale della lungodegenza a garanzia della continuità assistenziale nel percorso di cura. L'obiettivo perseguito è quindi quello di affermare, a livello distrettuale, condizioni tali da garantire la disponibilità di posti a ciò finalizzati, entro i tempi e con le modalità definite dalle norme regionali.

Lo sviluppo delle Cure Primarie come risposta territoriale al complesso percorso di riorganizzazione del livello ospedaliero. A tale riguardo si conviene sulla necessità di affermare, in ambito distrettuale, una adeguata articolazione dei nuclei di cure primarie ed un processo di loro valorizzazione.

Nel contesto della riorganizzazione del dipartimento di cure primarie, particolare attenzione va posta alla qualificazione del ruolo e della funzione dei consultori, in coerenza con le disposizioni regionali.

Tecnologia e ricerca: prosecuzione e/o completamento di progetti in corso (SOLE, E-care, iniziative di telesoccorso e di teleassistenza). Si sottolinea a tale riguardo l'opportunità di fare verifiche periodiche in relazione a tali esperienze, al fine di una loro sempre maggior aderenza agli obiettivi perseguiti.

Tutela della salute e Sicurezza nei luoghi di lavoro, prevenzione degli incidenti domestici. Nell'ambito della programmazione triennale, particolare rilievo va posto alla messa in campo di progetti volti al raggiungimento degli obiettivi previsti dalla stessa pianificazione regionale.

In considerazione degli obiettivi concordati, le parti si impegnano a fare confronti preventivi alla definizione dei singoli progetti, nonché verifiche periodiche sul loro andamento.

Sulla base di quanto concordato, le parti convengono altresì di procedere alla firma del testo "Piano di Zona per la Salute ed il Benessere sociale 2009-2011", allegato al relativo Accordo di Programma.

Casalecchio di Reno, 19/02/2009