

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Rimini

CONFERENZA TERRITORIALE SOCIALE E SANITARIA

**ATTO DI INDIRIZZO E
COORDINAMENTO TRIENNALE**

Approvato dalla C.T.S.S. il 23/09/2008

INDICE

Introduzione.....	3
<i>Capitolo I: “Quadro di riferimento”</i>	5
1.1 Richiamo agli indirizzi regionali in ambito sanitario, sociale e dell’integrazione sociosanitaria.....	5
1.2 Quadro e raccordo con i contenuti della pianificazione locale di livello provinciale.....	5
1.3 Verifica dei risultati di salute e di benessere prodotti dalle programmazioni.....	9
<i>Capitolo II “Il Profilo di Comunità: una sintesi”</i>	11
Introduzione.....	11
1. La comunità della provincia di Rimini.....	12
1.1 Una provincia dinamica.....	12
1.2 Alcuni target di popolazione.....	16
1.3 Salute e stili di vita.....	18
1.4 Tra monitoraggio e prevenzione.....	21
2. Servizi, risorse informali, domanda espressa e domanda soddisfatta.....	23
2.1 Servizi e interventi.....	23
2.2 La sanità che si prende cura.....	26
2.3 Scuola e infanzia.....	28
2.4 Il problema casa.....	28
2.5 Il ruolo della socialità.....	29
3. Il territorio tra bisogni e risorse: principali tendenze e criticità.....	30
3.1 Una solidità da ricostruire.....	30
3.2 Principali tendenze e criticità.....	30
<i>Capitolo III “Indirizzi e priorità strategiche per i Piani di Zona Distrettuali per la salute e il benessere sociale”</i>	31
3.1 Aree di intervento strategico.....	31
3.2 Interventi per la non autosufficienza.....	36
3.3 Indirizzi e strategie per il Piano Attuativo Locale (P.A.L.).....	37
<i>PREMESSA</i>	37
3.3.1 Linee di programmazione ed ambiti strategici.....	38
L’ASSISTENZA OSPEDALIERA.....	38
L’ASSISTENZA TERRITORIALE.....	38
L’INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA E LE AREE TRASVERSALI.....	40
3.3.2 Gli investimenti strutturali e tecnologici.....	40
3.3.3 Il ruolo in Area Vasta Romagna.....	40
3.4 I programmi provinciali in area sociale.....	42
3.4.1 Programma per la promozione di politiche di accoglienza e tutela dell’infanzia e della adolescenza.....	42
3.4.2 Altri programmi provinciali in area sociale.....	43
3.4.3 Programma per le politiche della immigrazione.....	44
3.4.4 Le politiche giovanili.....	44
3.4.5 I programmi per le pari opportunità e di contrasto alla violenza alle donne.....	45
3.5 I programmi formativi e di riqualificazione degli operatori.....	45
3.6 Lo sviluppo di interventi integrati con altre politiche con impatto su salute e benessere.....	46
3.7 Obiettivi da raggiungere nel triennio.....	47
3.8 L’individuazione delle priorità degli investimenti da finanziare ai sensi dell’art. 48 della L.R. 2/2003.....	48
<i>Capitolo IV “Indirizzi per il coordinamento, la partecipazione, il monitoraggio e valutazione”</i>	50
4.1 Strumenti di coordinamento.....	50
4.2 Strumenti di partecipazione.....	51
4.3 Strumenti per il monitoraggio e la valutazione.....	51

Introduzione

Cos'è l'Atto di Indirizzo e Coordinamento Triennale

L'atto di Indirizzo e Coordinamento Triennale costituisce lo strumento attraverso il quale la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria esercita il proprio compito di coordinamento e di raccordo, fornendo indicazioni strategiche per la programmazione sull'area dei servizi sociali, socio sanitari - compresa la non autosufficienza - e sanitari a partire dalle indicazioni emerse dai tavoli della partecipazione locale e dal Profilo di Comunità.

L'atto assicura il raccordo tra i diversi livelli di programmazione specificando indirizzi e priorità al fine di garantire un'equa distribuzione delle risorse e per promuovere omogeneità di accesso ai servizi, nel rispetto delle specificità distrettuali e delle competenze degli enti.

Il presente Atto si colloca al punto di partenza di una nuova fase della programmazione sociale e sanitaria, nella quale assumono ancora maggior importanza rispetto al passato gli obiettivi dell'integrazione e della collaborazione fra i diversi soggetti che contribuiscono alla salute e al benessere sociale dei cittadini.

Oggi, la società è caratterizzata da complessità, da interdipendenza, da effetti soglia¹, riflessività e da causalità creando uno scenario opaco, spesso poco comprensibile. Solo attraverso la partecipazione di chi in questo scenario vive e lavora è possibile scoprire alcune chiavi di lettura.

I bisogni della popolazione sono trasversali, non sono solo legati alle esigenze sanitarie, vanno oltre la biomedicina, sono interdipendenti e coinvolgono più sfere, più servizi. Le risposte devono essere integrate tra attori diversi, istituzioni e servizi, tra reti primarie, no profit e reti pro attive, per dare la capacità ai soggetti di scegliere e trovare le risposte ai propri bisogni² [ripreso dall'intervento del Prof. Maturo].

Attraverso la partecipazione si raccolgono informazioni rilevanti per la comunità e per le istituzioni che debbono rinnovare la legittimità delle scelte politiche.

Il percorso di partecipazione per la stesura del presente atto ha visto il coinvolgimento del terzo settore, delle organizzazioni sindacali e di tutti gli operatori dei servizi, fin dalla prima fase, attraverso la costituzione di tavoli tematici volti alla consultazione e all'ascolto.

Il lavoro proseguirà in ambito distrettuale con l'identificazione dei bisogni specifici del territorio e della popolazione di riferimento per arrivare alla programmazione distrettuale attraverso la costruzione dei Piani di Zona per la salute e il benessere sociale.

Struttura del documento

L'atto di indirizzo è stato elaborato in un'ottica olistica di ricomposizione e integrazione delle informazioni relative alle diverse aree di intervento (sociale, sanitaria e socio-sanitaria), mettendo al centro il bisogno di benessere e salute della popolazione.

Pertanto, si è utilizzato un approccio basato sia su popolazioni target individuate come portatrici di bisogni comuni (anziani, minori, disabili...), sia su tematiche trasversali quali immigrazione, lavoro, coesione sociale.. Nel Piano Sociale e Sanitario Regionale 2008-2010 (PSSR) viene affermata un'idea di welfare di comunità volta al benessere dei cittadini, con una forte presenza del "pubblico" e, contemporaneamente, su processi decisionali, programmatori ed attuativi di servizi ed interventi, fortemente partecipati da parte delle organizzazioni della società civile, delle parti sociali, del terzo settore e dalle stesse persone e famiglie che esprimono esigenze di assistenza e cura.

La stesura del presente documento, come già detto, ha visto il coinvolgimento del privato sociale, attraverso "interviste collettive finalizzate"³ divise per 5 gruppi tematici e alla costituzione, da parte della Provincia, del Forum del Terzo Settore con lo scopo di creare un momento di confronto con le associazioni e le cooperative

¹ La società è infatti composta da parti interconnesse, se accade qualcosa da una parte del mondo, potremmo avere conseguenze anche nei servizi sociali.

² Cfr. intervento: "Meccanismi di partecipazione e integrazione" del Prof. Antonio Maturo (Università degli Studi di Bologna), durante la giornata di presentazione: "La nuova programmazione sociale e sanitaria tra partecipazione ed integrazione" - 17/07/2008 - Provincia di Rimini.

³ Modalità di intervista che deriva dalla tecnica del focus group, dal quale si differenzia sostanzialmente per il numero di partecipanti e per la rappresentatività. Tali interviste sono state condotte, con il supporto dei professionisti dell'Azienda e degli Enti locali, da ricercatori provenienti dall'Università di Bologna. Il Responsabile Scientifico del lavoro è il prof. Cipolla.

sociali; l'obiettivo primario è stato quello di raccogliere dalla loro viva voce elementi di conoscenza per leggere ed interpretare i bisogni emergenti, allo scopo di costituire una base di riflessione per la costituzione degli indirizzi a livello di Conferenza.

Le tematiche trattate dai gruppi di lavoro hanno riguardato: 1) anziani, 2) responsabilità familiari e diritti dell'infanzia; 3) esclusione sociale e disuguaglianze; 4) salute mentale e dipendenze patologiche; 5) disabilità fisica e mentale.

Il I° Capitolo contiene il quadro di riferimento nel quale sono richiamati gli indirizzi regionali, i contenuti della pianificazione locale di livello provinciale/aziendale, nonché una verifica dei risultati di salute e di benessere.

Il II° Capitolo contiene una sintesi ragionata e una riflessione sui bisogni della popolazione a partire dall'analisi del territorio e dei servizi presenti.

Nel III° Capitolo sono contenuti gli indirizzi e le priorità strategiche per target di popolazione e tematiche trasversali sulle quali costruire gli interventi sanitari, sociali e socio-sanitari.

Nell'ultimo Capitolo sono descritti gli strumenti utilizzati per il raggiungimento degli obiettivi prefissati: una programmazione integrata e partecipata.

Capitolo I : “Quadro di riferimento”

1.1 Richiamo agli indirizzi regionali in ambito sanitario, sociale e dell'integrazione sociosanitario; 1.2 Quadro e raccordo con i contenuti della pianificazione locale di livello provinciale; 1.3 Verifica dei risultati di salute e di benessere prodotti dalle programmazioni.

1.1 Richiamo agli indirizzi regionali in ambito sanitario, sociale e dell'integrazione sociosanitaria

Sul versante degli indirizzi politico-amministrativi, l'integrazione socio sanitaria costituisce, a partire dalla L. 328/2000⁴, dal D.Lgs. 229/1999⁵, dal Piano Sanitario Nazionale 1998-2000⁶ e dal Piano Sociale e Sanitario Regionale 2008-2010, un tema fondamentale della normativa nazionale ed oggetto specifico delle strategie di “politica della salute” e di sviluppo del Sistema Sanitario e Sociale della Regione Emilia-Romagna.

La stessa L.R. 2/2003 individua in sede locale un unico contesto di programmazione integrata, il “Piano Sociale di Zona” per “la localizzazione dei servizi e degli interventi socio sanitari ed i livelli di integrazione tra risorse sanitarie e sociali”.

La L.R. 29/2004 e la successiva direttiva sull'Atto aziendale (D.G.R. 86/2006) ribadiscono, poi, come l'integrazione fra gli interventi di natura sociale e le attività di “assistenza sanitaria” costituiscano uno dei “principi fondamentali di organizzazione e di funzionamento del S.S.R.”, da realizzarsi “principalmente a livello distrettuale e per i servizi ad elevata integrazione sanitaria”⁷.

Quest'ultima formulazione viene ripresa e specificata dalla direttiva sull'Atto aziendale che sottolinea come “la qualificazione del Distretto quale articolazione fondamentale del governo aziendale è funzionale allo sviluppo delle nuove e più incisive forme di collaborazione fra Aziende Sanitarie ed Enti Locali (art. 5, L.R. 29/2004) e rappresenta la sede ottimale per lo sviluppo dell'assistenza territoriale e dell'integrazione fra servizi sanitari e sociali (...)”.

Parallelamente, in ambito sociale, la L.R. 2/2003 prevede che i Comuni e le Aziende USL realizzino accordi per l'integrazione socio-sanitaria costituendo i modelli organizzativi e gestionali, fondati sull'integrazione professionale e precisi rapporti finanziari, in coerenza con le direttive emanate dall'Assemblea Legislativa Regionale.

Come previsto nel PSSR, attraverso la C.T.S.S., la Provincia, i Comuni dell'ambito di riferimento e la Azienda USL, ciascuno per le rispettive competenze, realizzano il coordinamento delle politiche sociali, sanitarie e socio-sanitarie.

1.2 Quadro e raccordo con i contenuti della pianificazione locale di livello provinciale

Il Piano Sociale e Sanitario conferma e rafforza i principi cardine del nuovo welfare universalistico, partecipato da tutti i soggetti della comunità civile, fondato su una forte integrazione fra le politiche.

L'integrazione, ovvero la ricerca di sinergie fra le politiche sociali e altre politiche (lavoro, casa, formazione professionale, istruzione, educazione, cultura, sport e pianificazione territoriale), costituisce il fondamento per superare una concezione obsoleta ed inefficace di stato sociale basato sulla relazione verticistica ente pubblico/assistito, benefattore/beneficario, ed affermare invece una concezione dinamica e proattiva del rapporto fra i cittadini (che sono persone e non assistiti), dove i cittadini esprimono di volta in volta bisogni e capacità, si relazionano con una rete di soggetti non avulsi dal contesto economico all'interno del quale possono trovare risposte o strumenti per affrontare il proprio bisogno.

Questo paragrafo si propone di mettere insieme gli aspetti salienti delle politiche provinciali che maggiormente si innestano nell'ambito sociale in quanto concorrono al raggiungimento degli obiettivi di benessere e di salute (es. le politiche del lavoro, scuola, formazione), ne costituiscono il presupposto (es. le politiche ambientaliste e di tutela del territorio), ovvero sviluppano sensibilità e inducono stili di vita che

⁴ Legge Quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali

⁵ Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, a norma dell'articolo 1 della L. 30 novembre 1998, n. 419

⁶ Approvato con D.P.R. 23 luglio 1998

⁷ Si veda il PSSR 2008-2010

servono a migliorare il contesto relazionale e sociale in genere (es. politiche per i giovani, sport, pari opportunità, politiche culturali).

a) Formazione-Istruzione

La programmazione provinciale nelle politiche dell'istruzione, formazione e lavoro per il periodo 2007-2009 discende direttamente dall'Intesa fra Provincia di Rimini e Regione Emilia Romagna approvata con Delibera C.P. n. 58 del 17/7/2007. Tale Intesa è stata declinata nei piani degli interventi per la realizzazione delle politiche dell'istruzione formazione e lavoro relativi agli anni 2007 e 2008 dai quali si evince che tra i temi prioritari di sviluppo di tali azioni rientra anche l'integrazione sociale, ossia il potenziamento della pari opportunità nel favorire meccanismi di inclusione sociale delle persone svantaggiate e la riduzione delle disparità di genere.

A tal fine, negli avvisi emanati, è stata sempre indicata tra le priorità trasversali la valorizzazione della Interculturalità, attraverso l'integrazione educativa, formativa e sociale⁸.

Inoltre, tra gli Assi del Fondo sociale gestiti dalla Provincia rientra l'ASSE III Inclusione Sociale che prevede interventi diretti a garantire un sostegno a tutti i cittadini in ogni fase del ciclo di vita, con una forte attenzione altresì all'integrazione con le politiche attive del lavoro.

Gli **obiettivi operativi** perseguiti e da perseguire, sono:

- sviluppare azioni tese a rimuovere discriminazioni nell'accesso e nella stabilizzazione occupazionale e professionale all'interno del mercato del lavoro;
- promuovere azioni di sistema finalizzate alla rimozione delle cause di esclusione e discriminazione sociale attraverso l'integrazione fra orientamento, accompagnamento, tutoraggio, strumenti di politica attiva, collocamento mirato, servizi sociali e sanitari;

concretamente tradotti nelle seguenti azioni, alcune delle quali già in corso di realizzazione mediante le attività dei Centro per l'impiego:

- orientamento e formazione iniziale per giovani e adulti, di formazione successiva al conseguimento del diploma o della qualifica professionale, di formazione permanente rivolta a soggetti in condizione di svantaggio, finalizzate all'inserimento o reinserimento lavorativo;
- accompagnamento e tutoraggio al lavoro, anche tramite la realizzazione di laboratori sociali rivolti a settori di popolazione svantaggiata particolarmente deboli;
- percorsi integrati e individualizzati per l'inserimento lavorativo delle donne, con una particolare attenzione a donne immigrate e in età giovanile in situazione di svantaggio;
- servizi specialistici per l'orientamento dei soggetti svantaggiati da realizzarsi mediante la cooperazione dei Centro per l'impiego.

con interventi diretti prioritariamente a persone con disabilità certificata e donne in condizione di svantaggio.

Riguardo agli interventi afferenti i servizi per l'infanzia (servizi prima infanzia e scuole dell'infanzia) l'attività programmatoria e di pianificazione è finalizzata da un lato all'estensione ed al consolidamento dei servizi e dall'altro alla relativa qualificazione e miglioramento.

In tale ambito e ad integrazione di altre attività della Provincia, si segnala il Protocollo d'intesa "Piano di azioni positive per la piena e buona occupazione femminile" sottoscritto in data 28/5/2007 tra Provincia di Rimini, Azienda USL, Associazioni di Categoria e Organizzazioni Sindacali che prevede, tra l'altro, anche azioni mirate all'attivazione di servizi sperimentali per la prima infanzia con l'obiettivo di contribuire, attraverso la creazione di nuovi strumenti di conciliazione, alla crescita e al mantenimento occupazionale delle donne nel territorio provinciale.

⁸ "Gli interventi inerenti l'interculturalità devono guardare alle politiche di integrazione, inclusione e valorizzazione di culture differenti quale strumento per cogliere e per valorizzare tutte le risorse chiamate a contribuire al raggiungimento degli obiettivi di sviluppo economico e di coesione sociale.

La Provincia intende favorire l'interculturalità, sia a livello di sistema in integrazione e complementarietà con la Regione, sia a livello di filiera di intervento, agendo sui versanti dell'integrazione educativa, formativa e sociale, nonché della valorizzazione professionale e occupazionale degli immigrati. Nella valutazione dei progetti, si terrà conto sia dell'interrelazione con più ampi percorsi di integrazione e di valorizzazione della interculturalità, sia delle modalità di realizzazione delle specifiche attività mediante l'esplicitazione di concrete proposte a sostegno dei destinatari dell'azione formativa." (questa la specifica previsione dei bandi provinciali).

b) Politiche del lavoro

Dai documenti di programmazione provinciale, in particolare dal piano degli interventi per la realizzazione delle politiche dell'istruzione formazione e lavoro – indicazioni per l'anno 2007", si evince che finalità prioritaria della amministrazione provinciale in materia di mercato del lavoro è assicurare una efficace rete dei servizi pubblici per l'impiego ritenendo elemento strategico anche alla luce della attuale situazione economica, il grado e il livello di collaborazione con i diversi soggetti che si occupano e intervengono sul mercato del lavoro per affrontare le criticità che investono la realtà locale.

Non va infatti trascurato il dato che nonostante i positivi segnali di ripresa economica, in questi ultimi anni le crisi occupazionali determinate dalla cessazione e/o riduzione di attività di imprese operanti in Provincia di Rimini sono in costante aumento e coinvolgono un crescente numero di lavoratori, determinando per questi ultimi scenari di incertezza dovuti all'oggettiva difficoltà di reinserimento nel mercato del lavoro, tanto più accentuata in funzione dell'età, della professionalità posseduta, della condizione socio-economica e, non da ultimo, del sesso.

Le caratteristiche del mercato del lavoro locale fanno sì che, anche quando tali risorse riescono a trovare una nuova occupazione, spesso si tratta di attività legate ai picchi stagionali e, talvolta, non regolari.

L'attenzione e gli sforzi sono stati pertanto volti al consolidamento e sviluppo del sistema di integrazione e di cooperazione con gli altri enti ed organizzazioni, pubbliche e private, che svolgono attività contigue o forniscono servizi complementari, nel tentativo di recuperare quei ritardi occupazionali ancora presenti nel mercato del lavoro e nell'ampliare e rafforzare le politiche attive del lavoro, in particolare per quanto riguarda soprattutto le donne, i giovani, gli immigrati e la popolazione over 45 e in generale le fasce deboli della popolazione.

L'accordo di programma tra la Provincia, l'Azienda USL e i Comuni per la realizzazione integrata delle politiche a favore degli inserimenti lavorativi costituisce lo strumento principe di coordinamento ed integrazione delle politiche per il lavoro della provincia di Rimini.

Il Centro per l'impiego della Provincia di Rimini ha attivato importanti sinergie, con il progetto di intervento a favore delle donne "tra vita e lavoro" che prevede la collaborazione tra la Casa delle Donne del Comune di Rimini e con la finalità di migliorare e coordinare l'approccio dei due servizi alle problematiche che lo donne mostrano e che riguardano la possibilità di conciliare i tempi di vita con la volontà di intraprendere un'attività lavorativa.

Il progetto di intervento per facilitare l'occupazione e la stabilizzazione di disoccupati nel mercato del lavoro riminese per utenti over 45 con la società è finalizzato a supportare persone disoccupate e/o precariamente occupate, iscritte presso il Centro per l'impiego della Provincia di Rimini, nell'accesso ad un lavoro che possa, nel medio e lungo periodo, offrire condizioni di stabilità.

c) Politiche del territorio - il PTCP

Non vi è dubbio che sussistano intime correlazioni fra le politiche del territorio e le politiche sociali.

La ricerca di una maggiore qualità dello spazio urbano e più in generale del sistema insediativo e dei servizi, soddisfa esigenze comuni a tutti i cittadini e fra questi non possono trascurarsi le fasce più sensibili (anziani e bambini) che sarebbero le prime a soffrire di una programmazione disattenta ai loro bisogni, con conseguenti costi umani e sociali.

I principi fondanti del PTCP 2007 (sostenibilità, Innovazione, identità) sono ben presenti in documenti normativi regionali riguardanti le politiche sociali⁹.

⁹ Per citarne alcuni:

Nelle "Norme in materia di politiche per le giovani generazioni" deliberazione legislativa R.E.R. n. 74/2008 l'art. 2 comma e) recita:

La Regione "sostiene il rispetto dei diritti e dei bisogni delle giovani generazioni nelle politiche e negli interventi volti ad accrescere la sostenibilità dell'ambiente urbano e nelle scelte relative alla pianificazione ed alla progettazione spaziale e temporale delle città".

Ed ancora l'art. 2 comma h)

"..... promuove interventi e servizi per le giovani generazioni che prevedono facilità di accesso, ascolto, prossimità ai luoghi di vita delle persone, orientamento al soddisfacimento dei bisogni e integrazione delle professionalità..."

Il Piano di azioni regionale per la popolazione Anziana (PAR) approvato con delibera di G.R. n. 2299/2004 indica fra gli obiettivi strategici per le politiche a favore degli anziani da affrontare all'interno dei PTCP.:

Appartiene ad una concezione avanzata delle politiche sociali sottolineare i legami fra gli strumenti di programmazione dei servizi e del territorio, nella consapevolezza che solo agganciando strettamente il sociale con l'economia e la pianificazione territoriale, si lavora veramente per la costruzione di una *societas* in cui l'uomo e l'ambiente, rispettandosi reciprocamente, garantiscono la propria sopravvivenza.

Una sfida che il territorio provinciale ha più volte dimostrato di saper cogliere nel promuovere progetti fortemente integrati con le politiche ambientali (basti pensare alle varie esperienze derivanti da Agenda 21), con una attenzione particolare ad avvicinare i bambini ed i giovani alla scoperta del proprio habitat (il fiume, la collina, il mare, il paese) come luoghi di vita e di relazione da amare e da conservare.

Le politiche sociali di salute e di prevenzione in senso lato, beneficiano delle scelte di pianificazione del territorio che tengano conto della dimensione umana e relazionale, e l'impegno delle amministrazioni provinciale e comunali va nella direzione di realizzare un sistema di qualità che affronti il problema dei trasporti, della viabilità, della qualità dell'aria, dei servizi in genere che rendano più agevole e sano il vivere nel territorio riminese.

d) Pari opportunità

Le politiche delle pari opportunità si intrecciano per loro propria natura con le politiche sociali avendo in comune con esse diversi temi, come i diritti, la rappresentanza, il rispetto, declinati con una attenzione particolare al genere femminile. Le pari opportunità si occupano quindi di tutela della maternità, congedi parentali, conciliazione famiglia-lavoro, occupazione, flessibilità, ma anche di sfruttamento, tratta, violenza, ed ancora di partecipazione all'economia ed ai processi decisionali.

Nell'Osservatorio di Genere i dati relativi alla condizione sociale e professionale delle donne evidenziano in modo inequivocabile che:

- q) manca nel nostro Paese e in particolare nella nostra Provincia una cultura di parità, che riconosca alle donne uguaglianza di opportunità e di tutela dei diritti;
- q) le donne sono oggi nel mondo le più violate, le più annichilite da soprusi e sfruttamenti di ogni genere, fino allo scempio finale della morte.

L'obiettivo della programmazione pluriennale è quello di rafforzare e dare diffusione agli strumenti atti a prevenire e contrastare le discriminazioni di genere in ambito sociale, nonché di promuovere la crescita femminile e politiche tese all'effettiva parità tra uomini e donne, tramite il sostegno e la divulgazione di quelle iniziative di indagine, formazione e valorizzazione dei modelli manageriali femminili, quali capacità di gestire flessibilità e conciliazione, che si pongono come fattore strategico non solo per la realizzazione delle pari opportunità (*mainstreaming – empowerment*), ma per lo **sviluppo di politiche economiche e sociali complessive finalizzate al benessere generale**.

Programmi e progetti per le pari opportunità sono promossi dalla Provincia, dai Comuni, dall'Azienda USL, da soggetti del Terzo Settore, attraverso protocolli di intesa e partenariati (come la *Rete 8 marzo 2004*) che tendono a sviluppare interventi condivisi ed integrati.

e) Le politiche giovanili

La promozione di politiche legate all'agio e rivolte ai giovani per il prossimo programma provinciale si snoda principalmente su quattro linee: mobilità, sicurezza e occupazione, aggregazione giovanile e reti.

La finalità è quella di mettere a sistema le attività che si svolgono intorno alle politiche dell'agio nei luoghi dell'aggregazione giovanile, assumendo i Centri all'interno di un quadro di riferimento organico, che

1. Migliorare la qualità urbana intesa come raggiungimento di parametri che definiscono livelli soddisfacenti nella qualità degli elementi fisici (aria, acqua, rumore, elettromagnetismo, ecc.) sociali (accessibilità e spostamenti, servizi pubblici e privati, luoghi di incontro, rete commerciale, ecc.) psicologici (accettazione, sicurezza, paesaggio);

2. Migliorare la qualità abitativa nel sistema insediativo diffuso che deve avere come principale obiettivo l'accessibilità ai servizi primari, un efficiente sistema di trasporto pubblico, un'efficiente distribuzione di servizi sul territorio.

3. Migliorare la qualità delle infrastrutture tecnologiche, tema trasversale a quelli precedentemente citati, che incide sia sulla qualità ambientale degli insediamenti, quanto sulla capacità di utilizzo delle nuove tecnologie a servizio della popolazione

4. Promuovere una costante attenzione ai bisogni delle diverse età nel processo di formazione e decisione inerente le scelte urbanistiche strategiche. Avviare un processo di partecipazione attiva dei cittadini e delle forme associative per valutare l'impatto delle scelte urbanistiche sulla sostenibilità sociale e non solo su di quella ambientale e territoriale.

consenta una maggiore efficacia degli interventi e divenga strumento di un sempre più diretto coinvolgimento dei giovani nelle politiche che li riguardano.

I temi della sicurezza e occupabilità si riferiscono ad ambiti comportamentali da non tenere disgiunti: quello dei doveri (dovere della sicurezza e del rispetto di sé e degli altri) e quello dei diritti (diritto al lavoro).

In particolare, si ritiene opportuno sviluppare progetti di sensibilizzazione e di informazione rivolti ai giovani a garanzia della loro sicurezza (ad esempio sulle conseguenze della guida in stato di alterazione psichica) e promuovere una organizzazione dei servizi che limiti il numero e la gravità degli incidenti stradali dovuti a queste cause.

Altro obiettivo è favorire l'accesso dei giovani al mondo del lavoro, attraverso percorsi innovativi di orientamento e attività di sostegno all'imprenditoria giovanile.

Si ritiene a tal fine fondamentale creare le condizioni per la collaborazione dei diversi soggetti che, sul territorio, operano a favore dei giovani con la creazione di reti collaborative e relazionali che portino a contatti e confronti sistematici, affinché chi lavora su tematiche simili e con simili obiettivi possa acquisire informazioni utili per il proprio lavoro e scoprire occasioni di collaborazione.

f) Le politiche abitative

Il tema della casa costituisce un fattore rilevante del processo di sviluppo della coesione sociale.

L'impossibilità di accesso ad alloggi compatibili con bassi livelli di reddito è un oggettivo impedimento alla formazione di nuove famiglie, alla mobilità lavorativa e all'integrazione dei lavoratori immigrati regolarizzati.

Sugli Enti locali ricade l'onere di fronteggiare le tensioni sociali generate dalle situazioni di disagio abitativo in un quadro di forte riduzione delle risorse messe a disposizione dallo Stato e dalla Regione.

L'impegno delle Amministrazioni è quindi volto a ricercare tutte le forme possibili di calmierazione del mercato dell'affitto, ad agevolare l'accesso alla casa alle fasce deboli (anziani, famiglie a basso reddito, donne sole, stranieri immigrati), attivando a tal scopo le risorse e le opportunità offerte dalle norme nazionali e regionali in materia.

Dopo una prima sperimentazione durata quattro anni, si sta concludendo la fase tecnica di aggiornamento e modifica del Regolamento per l'assegnazione e la gestione degli alloggi di E.R.P. previsti dalla L.R. 24/01, al fine di garantire pari opportunità di accesso alla casa a tutti i cittadini.

1.3 Verifica dei risultati di salute e di benessere prodotti dalle programmazioni

Questa "nuova modalità" di fare programmazione offre un'occasione unica per poter verificare il raggiungimento dei risultati di salute e lo stato di benessere dei cittadini.

Le tecnologie, l'evoluzione dei sistemi di comunicazione e le "riforme" in ambito sociale, socio sanitario e sanitario, costituiscono i presupposti per migliorare lo stato di salute.

I differenti organismi e livelli di programmazione accrescono la conoscenza sulle strategie da utilizzare al fine di trarre vantaggi dalle opportunità offerte in ogni ambito territoriale.

Gli investimenti in salute, quindi, apporteranno vantaggi anche in termini di benessere generale. La salute è il risultato delle condizioni socio economiche in cui viviamo, e al tempo stesso, lo stato di salute gioca un ruolo di fondamentale importanza nella determinazione del benessere sociale.

In virtù di quanto sopra esposto, si conferma che:

- la salute è un bene universale e come tale rappresenta un obiettivo prioritario di sviluppo e una risorsa che merita di trovare sostegno e supporto;
- il miglioramento dell'istruzione, della mobilità, dello stato dell'ambiente, ecc... sono da considerarsi un investimento in salute.

La salute è senza dubbio influenzata dai cambiamenti sociali, dalle riforme in campo politico ed economico, dall'introduzione di nuove tecnologie nonché dalla comunicazione globale.

La sfida è sui seguenti presupposti:

- riconoscere che qualsiasi decisione strategica, a prescindere dal settore di appartenenza, ha il potere di migliorare e promuovere la salute;
- la valutazione di ciascun piano d'azione dovrà essere effettuata in base all'influenza che esercita sui determinanti della salute della popolazione;

- definire le responsabilità e gli obblighi allo scopo di favorire e promuovere la salute all'interno del sistema territoriale di gestione dei servizi;
- predisporre un controllo dei ruoli e delle competenze professionali necessarie alla divulgazione delle strategie di “investimenti in salute”, nonché fornire adeguato sostegno ai programmi di sviluppo sociale e economico;
- determinare le procedure necessarie alla promozione della salute in ciascun ambito.

Sul piano operativo sono già stati elaborati strumenti specifici per facilitare la individuazione e la valutazione del rischio, la sua gestione e prevenzione (valutazione e adozione di buone pratiche clinico-assistenziali e organizzative).

L'Ufficio di Supporto alla C.T.S.S., dovrà svolgere i compiti di supporto informativo, monitoraggio ed istruttoria in merito alla valutazione e verifica dei risultati delle attività dei servizi sanitari¹⁰. In particolare, l'Ufficio di Supporto dovrà garantire la partecipazione degli Uffici di Piano distrettuali al fine di garantire anche il raccordo e il coordinamento necessari per l'integrazione tra le politiche sociali e sanitarie.

Tra le attività dell'Ufficio di Piano sono ricomprese anche le attività di supporto all'elaborazione e valutazione della programmazione in area sociale, socio-sanitaria e sanitaria e di monitoraggio e verifica delle attività.

I risultati dovranno essere misurati attraverso:

- monitoraggio dell'attività svolta e report periodici;
- un debito informativo definito costante;
- la messa a regime di strumenti condivisi e riconosciuti tra tutti gli attori della programmazione locale.

¹⁰ Da: “Linee di indirizzo per la definizione del ruolo e del funzionamento delle conferenze territoriali sociali e sanitarie, e dell'atto di indirizzo e coordinamento” del 26/02/2008.

Capitolo II “Il Profilo di Comunità: una sintesi”

Introduzione

La conoscenza della comunità locale è un elemento qualificante del processo di programmazione ed il Profilo di Comunità è parte integrante dell’atto di indirizzo e coordinamento.

Il Profilo di Comunità aumenta la conoscenza della comunità locale, dei propri bisogni, ma anche delle proprie risorse, in quanto soggetto portatore di bisogni ma anche di soluzioni.

Il Profilo di Comunità non contiene scelte di programmazione, ma a partire dall’analisi di dati quantitativi e qualitativi mira ad identificare i punti rilevanti che la programmazione sociale e socio-sanitaria deve affrontare, i bisogni e le tendenze dello sviluppo demografico, sociale, economico, ambientale, ecc. di un dato territorio.

Attraverso una lettura ragionata e partecipata dei bisogni di salute e di benessere della popolazione diviene strumento di supporto nella individuazione delle criticità e delle priorità da considerare all’interno della programmazione e delle politiche territoriali sociali, socio-sanitarie e sanitarie. E’ da considerare strumento essenziale per mettere in evidenza le peculiarità del territorio, dal punto di vista sia della “struttura” che tale territorio mostra nel complesso (in riferimento alla struttura demografica, alla salute della popolazione, agli stili di vita, alla condizione socio-economica, all’assetto del mercato del lavoro e della struttura produttiva, ai rapporti di genere), sia delle problematiche da affrontare e, infine, delle risorse disponibili e/o attivabili.

Inoltre, esso deve essere inteso come un ‘processo’ che coinvolge i soggetti operanti ai vari livelli territoriali, e che promuove il valore e le esperienze regionali e locali di partecipazione nella raccolta dell’informazione, nella lettura e nell’individuazione dei fattori di bisogno e di criticità.

Per la buona riuscita di questo processo è fondamentale la definizione a livello locale di un adeguato assetto operativo e di un percorso per l’elaborazione dello strumento, che individui attori, ruoli, fasi, tempi e sedi di incontro, così da consentire livelli adeguati di integrazione e partecipazione .

Per ulteriori approfondimenti si rimanda al documento integrale “Profilo di Comunità della provincia di Rimini” di cui si allega l’indice (allegato A).

A cura di: **Rossella Salvi (Provincia di Rimini), Fausto Fabbri (Azienda Usl)**

Hanno collaborato: **Daniela Manfroni, Laura Pagliarani, Cristina Biondi, Nicola Loda, Cristiano Attili e Elena Sacchini (Provincia di Rimini), Francesca Marmo, Tamara Galimberti (Comune di Rimini), Rosanna Spimi, Pasquale D’Alessio (Comune di Riccione), Laura Zanzani, Silvia Mancini, Mirco Tamagnini (Azienda Usl di Rimini), Maura Gobbi (Ufficio di Supporto alla CTSS).**

Si ringraziano tutti i professionisti che a vario titolo hanno contribuito alla stesura del Profilo

1. La comunità della provincia di Rimini

1.1 Una provincia dinamica; 1.2 Alcuni target di popolazione; 1.3 Salute e stili di vita; 1.4 Tra monitoraggio e prevenzione

1.1 Una provincia dinamica

Il ciclo di sviluppo della “diversificazione funzionale e delle funzioni terziarie dell’indotto turistico” partito dalla seconda metà degli anni ’80 ha influenzato l’assetto attuale del territorio riminese che ora risulta caratterizzato da un contesto di stabilità demografica dei comuni maggiori, di ripresa dei centri più periferici, di sviluppo di trame insediative anche interprovinciali nei territori di pianura e collina.

Il **sistema insediativo** provinciale è fortemente determinato dalla struttura geomorfologica e ambientale (pianura costiera e sistemi fluviali trasversali intervallati da ampi crinali degradanti) e dall’impatto infrastrutturale (corridoio infrastrutturale adriatico e sua diramazione nel corridoio padano-emiliano).

Nell’insieme, il territorio provinciale (che si estende su di un’area pari a 534,8 kmq) presenta una densità abitativa pressoché doppia rispetto a quella media della regione Emilia-Romagna (557,8 contro 255 abitanti per kmq.); a ciò si aggiunge, in termini di pressione antropica, il “contributo” fornito dal movimento, in questa area particolarmente sviluppato, delle persone che per turismo o per affari convergono nella provincia di Rimini lungo tutto l’arco dell’anno. Il sistema insediativo, molto esteso e frutto di un processo espansivo impetuoso che si protrae dal secondo dopoguerra ad oggi in modo ininterrotto, risulta anche frammentato e disperso, creando una crescente dequalificazione del paesaggio con la modifica di vari connotati tradizionali. Oltre all’impatto sul paesaggio, l’assetto frammentato del sistema dà origine a intensi fenomeni di pendolarità quotidiana per motivi di lavoro e studio e anche per la fruizione dei servizi più elementari. Un’esigenza di spostamento che è tanto meno realizzabile con il trasporto pubblico quanto più la domanda è dispersa e che trova quindi soluzione solo nell’uso dell’automezzo privato, con tutte le conseguenze negative di ordine ambientale, territoriale e costo sociale che questo tipo di mobilità comporta. Conseguenze a cui si somma quella della maggiore difficoltà e onerosità di inserire queste tipologie insediative entro il sistema delle reti infrastrutturali per la depurazione, il rifornimento idrico, l’energia.

LATITUDINE	44° 03' N
LONGITUDINE	12° 34' E
ALTITUDINE (mt. slm)	0 - 551
SUPERFICIE TERRITORIALE (kmq)	534,8
SUPERFICIE URBANIZZATA (kmq)	61,2
SUPERFICIE AGRICOLA TOTALE (kmq)	368,3
SUP. SPIAGGE E STAB. BALNEARI (kmq)	3
RETE STRADALE (kmq)	3,4
RETE FERROVIARIA (kmq)	0,6
N° DI COMUNI	20
DENSITÀ ABITATIVA (Ab/kmq)	557,8

Per quanto riguarda le matrici ambientali, la **qualità dell’aria**, particolarmente nelle porzioni di territorio a maggior grado di antropizzazione, presenta le criticità che, in generale, caratterizzano gli aggregati urbani nelle società evolute del mondo occidentale e, più in particolare, ampie aree del bacino padano, risultando solamente in piccola parte gli effetti mitigati dalla vicina presenza del mare.

Con discreta frequenza, la combinazione di fattori umani e di condizioni meteorologiche particolari e sfavorevoli, determina il verificarsi, in ampie porzioni del territorio, di episodi caratterizzati dall’accumulo di inquinanti in atmosfera, anche al di sopra dei limiti stabiliti dalle disposizioni di legge poste a protezione la salute della popolazione.

I risultati di numerosi studi epidemiologici condotti in differenti aree del mondo, consentono di affermare l’esistenza di un rapporto di causa-effetto tra l’esposizione all’inquinamento atmosferico degli aggregati urbani ed alcune patologie, acute e croniche, prevalentemente a carico degli apparati cardiocircolatorio e respiratorio, con incremento dei ricoveri ospedalieri e della mortalità.

Particolare significato in questo ambito deve essere attribuito, tra gli inquinanti gassosi, alle concentrazioni di ossidi di azoto e ozono (testimoni di una ben più ampia e complessa serie di composti ad azione ossidante, aggressivi per l’organismo umano, definiti anche smog fotochimico) nonché al benzene (cancerogeno) mentre, tra gli inquinanti corpuscolari un ruolo di primo piano viene riconosciuto al PM10 (definizione che

fa riferimento alla dimensione delle particelle più che alla loro composizione, assai variabile in relazione alle differenti modalità di generazione delle stesse).

I risultati dell'attività di monitoraggio delle concentrazioni di inquinanti in atmosfera, svolte nella provincia di Rimini, hanno permesso di verificare, negli ultimi anni, ripetuti superamenti dei limiti di legge stabiliti, in particolare, per il PM10 e l'ozono.

L'**approvvigionamento idrico** nel territorio della provincia di Rimini è garantito utilizzando acque di varia provenienza: nell'anno 2005 per il 75% da pozzi e per il 24% da sorgenti e acque superficiali esterne (invaso di Ridracoli) o provenienti dallo stesso territorio Provinciale (diga sul Conca) che hanno garantito, nel complesso la disponibilità di acqua di buona qualità igienica, comunque conforme ai requisiti previsti dalla vigente normativa in materia.

La **qualità igienica delle acque di balneazione**, nella porzione di costa emiliano romagnola prospiciente il territorio della provincia di Rimini, risente dell'influenza determinata dall'immissione a mare dell'acqua proveniente dai sistemi fluviali presenti; va aggiunto che l'alterazione delle caratteristiche microbiologiche delle acque del litorale ha la capacità di influenzare le caratteristiche qualitative dei banchi naturali di molluschi e dei prodotti della maricoltura condizionandone, in taluni casi, la possibilità di sfruttamento commerciale.

Nonostante l'elevata capacità depurativa complessiva di cui la rete delle infrastrutture di trattamento delle acque reflue è dotata punti di debolezza o fattori di criticità sono tuttora rappresentati:

- dalla presenza di una serie di corpi idrici a carattere essenzialmente torrentizio che recapitano in mare acqua con caratteristiche di qualità sovente non idonee alla balneazione;
- dall'assenza, in alcune importanti sezioni del territorio, di una separazione tra la rete di scarico delle acque civili e quella delle acque di pioggia;
- dalla presenza, in talune aree, di una capacità di depurazione degli scarichi civili che, nei periodi dell'anno con maggiore carico idrodinamico, risulta al limite della sufficienza.

L'**attività di smaltimento dei rifiuti** nella provincia di Rimini è garantita attraverso l'utilizzo combinato di diverse modalità di trattamento che comprendono il trattamento di compostaggio della frazione organica, l'eliminazione in discarica (posta al di fuori del territorio provinciale) e l'incenerimento con una proporzione che, per queste due ultime modalità, è favorevole alla seconda (55 contro 44% nell'anno 2006).

La **rumorosità ambientale** può essere considerata, oggi, una delle principali cause di deterioramento della qualità della vita negli aggregati urbani: infrastrutture di trasporto quali strade, ferrovie, aeroporti, porti e numerose attività che si svolgono in maniera diffusa nell'ambito del tessuto urbano, zone artigianali ed industriali, aree commerciali e poi, ancora, ritrovi pubblici, come bar, discoteche, ecc. ne sono i principali responsabili; a tale proposito si segnala l'indisponibilità, in ambito locale, di dati sufficienti a rappresentare la situazione esistente.

La **diffusione di sorgenti di radiazioni non ionizzanti** nel territorio della provincia di Rimini ha determinato la presenza, al Dicembre 2005, di impianti fissi per telefonia mobile (sistemi GSM, DCS, E-TACS e UMTS) pari a 624, concentrati in 280 siti; di questi, il 54% si trovavano nel comune di Rimini ed il 15% in quello di Riccione.

Al Dicembre 2005 risultavano, inoltre, essere presenti 74 impianti di diffusione radiotelevisiva distribuiti in 14 siti; di questi il 38% era collocato sul territorio del comune di Montescudo, mentre il 24% in quello del comune di Rimini.

Alla stessa data la provincia di Rimini era inoltre attraversata da circa 72 Km di linee elettriche ad altissima tensione, da 156 ad alta tensione e da 1.320 a media tensione; sono infine presenti 9 cabine primarie e 2.500 cabine MT/BT.

L'**offerta di servizi urbani** alla popolazione e alla produzione di interesse sovra comunale, espressa dal livello funzionale dei centri (armatura urbana), risulta progressivamente più decentrata e meno gerarchica e coinvolge un numero maggiore di centri intermedi della provincia. Insieme a Rimini, centro di livello

regionale con oltre il 68% dei servizi e con un ambito di accessibilità che in 30' copre tutti i centri principali della provincia, emergono per numero e varietà di offerta di servizi, seppure nettamente distanziati, 4 centri di secondo livello (Riccione, Cattolica, San Giovanni in Marignano, Santarcangelo di Romagna) e 4 centri di terzo livello (Bellaria-Igea Marina, Verucchio, Coriano, Morciano di Romagna), mentre tutti gli altri centri minori della provincia sono dotati, oltre dei servizi essenziali, di qualche funzione polarizzante.

L'economia. Il lungo ciclo di evoluzione dell'economia locale sviluppatosi dal dopoguerra ha prodotto una struttura sociale in grado di accedere a buoni livelli di benessere, supportata in questo, da una diffusa rete di servizi sociali. Alla centralità dell'industria turistica (che ha mostrato dei segni di rallentamento) che attrae sul territorio oltre 1.600.000 turisti che danno luogo a circa 18.000.000 di presenze annue, l'industria delle costruzioni si è sviluppata in questi anni con un'intensità di crescita inusitata, favorita da una lunga fase congiunturale di orientamento ai risparmi verso il mercato immobiliare.

L'agricoltura vede scomparire le possibilità di ricambio generazionale.

In tutti settori, le caratteristiche dimensionali delle imprese si presentano sempre molto ridotte, assai più che nella media regionale¹¹.

Sul fronte del **reddito** la classifica¹² secondo le dichiarazioni Irpef fra il 1999 e il 2007 vede, con un incremento rispetto al 1999 del +1,7%, la provincia di Rimini al 58° posto. In valore assoluto il reddito medio per contribuente della provincia è di 14.564 euro contro i 23.183 euro (+10,6% rispetto al 1999) della provincia di Milano. Tra le province emiliano-romagnole la provincia di Rimini è quella con reddito e incremento percentuale più bassi. Tra i comuni della provincia è Rimini quello con il reddito medio più alto (15.518 euro), mentre Gemmano è quello con il reddito più basso (10.818 euro).

REDDITO MEDIO 2007 PER CONTRIBUENTE		
Province	reddito per contribuente	variazione % 1999 su 2007
Piacenza	17.972	8,9%
Parma	19.614	7,1%
Reggio Emilia	18.498	4,4%
Modena	18.904	6,5%
Bologna	20.890	6,8%
Ferrara	16.454	10,0%
Ravenna	16.359	3,5%
Forlì-Cesena	15.770	3,2%
Rimini	14.564	1,7%
Emilia-Romagna	18.303	5,9%

L'identità sociale e territoriale, pur scontando le generali tendenze omologanti di questa fase storica, ha conservato una propria indiscussa fisionomia, radicata sia nelle tradizioni di un territorio ricco di sedimenti storici, sia anche, ormai da lungo tempo, nel turismo, come fenomeno culturale oltre che economico, e come paradigma stesso della visione riminese nel contesto globale.

Anche in campo istituzionale si assiste a nuovi organismi di cooperazione (Unione Comuni della Val Conca, Comunità Montana Valle del Marecchia, accordi di programma su base intercomunale), sospinti dal livello di oggettiva integrazione raggiunto dalle realtà locali.

La crescita socio-culturale della nuova comunità provinciale con la forte evoluzione in senso qualitativo della domanda dei consumi privati insieme a quelli sociali è destinata a svilupparsi ulteriormente a causa dei cambiamenti strutturali della popolazione (età media, famiglie, anziani, immigrati stranieri, ecc.).¹³

L'istruzione, che negli anni '50 registrava oltre il 90% della popolazione¹⁴ con un grado che non superava quello della licenza elementare (di cui l'11% analfabeta e il 15% di alfabeti privi di titolo di studio), all'ultimo censimento mostra percentuali di persone con titolo più elevato, laurea e diploma con valori vicini alla media regionale. Da segnalare una notevole propensione dei diplomati ad iscriversi all'università: il 92% dei diplomati si iscrive all'università (con una prevalenza femminile (96% contro 82% dei maschi). Complessivamente in crescita la domanda di istruzione femminile: nell'ultimo decennio (tra le 2 ultime rilevazioni censuarie della popolazione residente) si è visto il raddoppio della percentuale di donne laureate, quelle con diploma di scuola media superiore sono aumentate di oltre 7 punti percentuali e parallelamente sono diminuite le donne con titoli di studio inferiore. Fenomeno dovuto alle donne delle ultime generazioni che hanno una propensione maggiore alla scolarizzazione, contrariamente a quelle delle generazioni precedenti la cui istruzione si limitava a quella obbligatoria. Va osservato, comunque, quanto il protrarsi

¹¹ Estratto da PTCP 2007 – Relazione generale

¹² Fonte: Il Sole 24 Ore del 18 agosto 2008 n. 227. Il reddito 2007 è una proiezione sull'imponibile Irpef 2006. La variazione 1999 su 2007 tiene conto dell'inflazione.

¹³ P.T.C.P. – Piano territoriale di coordinamento provinciale. Anni 2004 – 2007

¹⁴ Popolazione residente da 6 anni in poi. Fonte: Istat, Censimenti della popolazione

degli studi coincide sempre più spesso con un avanzamento ed un posticipo dell'età nei confronti dell'indipendenza economica, del matrimonio e della nascita del primo figlio.

L'alfabetizzazione informatica¹⁵ che sta seguendo un percorso più "privato" che pubblico, coinvolge nella provincia di Rimini un bacino di circa 7 cittadini su 10. Oltre la metà (56%) dei cittadini utilizza la rete internet (è l'interesse delle tecnologie nelle case e l'uso ludico a portare i cittadini su internet). Il profilo degli internauti mostra una concentrazione tra i giovani: tra gli under 34 nove soggetti su 10 hanno familiarità con la rete anche se dopo i 50 anni le quote di utenti tendono a ridursi. Nelle generazioni successive si rilevano tuttavia quote di internauti da non trascurare: tra i 55-64enni 4 su 10 si connettono ad internet e tra gli ultra75enni uno su 10 naviga in Internet.

La **dinamicità demografica** mostrata da questo territorio conferma i trend evidenziati negli anni scorsi. All'1.1.2008 la **popolazione** riminese con 298.333 residenti rappresenta il 7% di quella regionale e si distingue dagli altri territori provinciali per la sua dinamicità (in termini di incrementi demografici) e per la concentrazione di abitanti nel comune capoluogo, dove risiede il 46,4% della popolazione, contro una media regionale di popolazione residente nel capoluogo del 35,9%.

A contribuire alla nuova struttura e distribuzione demografica sono una natalità in crescita (nel 2007 con 2.846 nati si è registrato un +4,1% rispetto all'anno precedente), una mortalità stazionaria, un'immigrazione in forte crescita e la redistribuzione della popolazione dal comune capoluogo verso i comuni dell'entroterra o altri comuni di costa. Questi fenomeni si traducono anche nelle proiezioni demografiche¹⁶ per i prossimi quaranta anni, in cui si stima una crescita di popolazione variabile tra i 38.000 residenti nello scenario di previsione più contenuto, gli 82.000 dello scenario centrale e gli oltre 126.000 dello scenario alto in cui aumenta il peso delle generazioni più giovani e di quelle anziane.

Nelle classi anziane (60.950 ultra65enni: 26.068 uomini e 34.892 donne) si segnala un contributo crescente da parte maschile, soprattutto tra gli ultra80enni dove la componente femminile mostra, rispetto al dato del 2000 una contrazione del 2,9% mentre i coetanei maschi passano dal 4,3% al 5,5% attuale.

L'aspettativa di vita in questa provincia è di 79,6 anni per gli uomini e di 84,6 per le donne. La sopravvivenza è sempre più vantaggiosa per le donne, sottoposte ad un'eliminazione per morte inferiore a quella degli uomini in tutte le età della vita. Tuttavia il vantaggio di sopravvivenza delle donne nei confronti degli uomini si sta lentamente, ma progressivamente riducendo. E' diventato di soli 5 anni contro i 6,9 registrati per il 1979 (massimo storico).

La popolazione immigrata. I cittadini non italiani residenti, con + 2.788 unità rispetto allo scorso anno sono arrivati a quota 22.545, costituendo il 7,6% della popolazione complessiva.

I gruppi più numerosi sono l'Albania (26,4%), la Romania (10,2%), l'Ucraina (8,3%), la Cina (6,3%), il Marocco (5,9%), il Senegal (5,2%), la Macedonia (4,6%), la Tunisia (3,8%), mentre i Paesi di provenienza sono complessivamente 125. Nel corso del 2007, con l'ingresso della Romania nell'Unione Europea, si è verificato uno straordinario incremento di cittadini Romeni, quasi raddoppiati rispetto all'anno precedente (da 1.267 a 2.300). Attratti da un mercato del lavoro con punte stagionali nel settore turistico, ma anche da una offerta di lavori al servizio delle famiglie e nel sistema imprenditoriali. Per i lavoratori dipendenti i più ampi spazi di occupazione si trovano nei settori più dequalificati e faticosi.

Da segnalare il fenomeno dell'abusivismo commerciale che coinvolge gli immigrati (in particolare nella stagione estiva, quando anche lavoratori regolari del nord, alla chiusura delle fabbriche, si aggiungono ai venditori abusivi già presenti nel territorio), per i quali anche nel corso del 2008 sono state messe in campo azioni di contrasto.

La sicurezza. Ogni settore della vita moderna ha delle implicazioni relative alla sicurezza, nel caso della provincia di Rimini segnaliamo le problematiche relative alla sicurezza urbana (reati e incidenti stradali) a quella domestica a quella del lavoro.

Sul fronte della **sicurezza urbana** a fronte dell'indicatore più recente che segnala, nel territorio riminese, una diminuzione dei reati si evidenzia un senso di fastidio da parte dei cittadini nei confronti di una presenza straniera a cui si affianca il senso di insicurezza e di preoccupazione in casa e in strada.

¹⁵ Estratto da "Osservatorio Qualità della vita" anno 2007. Rilevazione Provincia di Rimini.

¹⁶ Fonte: ISTAT

In strada, dopo l'effetto calmierante della patente a punti, si assiste anche per la provincia di Rimini, a una ripresa della incidentalità con conseguente aumento di infortunati e vittime. Il numero di deceduti è equivalente per i maschi e le femmine, mentre si hanno due picchi in corrispondenza dell'età giovanile e quella anziana.

In ambito **domestico** oltre il 27% dei cittadini nel corso del 2006 ha subito un incidente, anche di lieve entità che ha riguardato in percentuale maggiore le donne. A fronte della numerosità di questi infortuni domestici la popolazione ha una bassa percezione del rischio, oltre la metà degli intervistati considera basso il rischio di infortuni tra le pareti domestiche¹⁷.

In ambito **lavorativo** i dati INAIL degli infortuni denunciati (e indennizzati) nel triennio 2004-2006 mostrano una sostanziale stabilità del fenomeno infortunistico sia su base regionale che nell'ambito dell'Azienda U.S.L. di Rimini. Nel quinquennio 2000-2004 gli infortuni indennizzati (eventi accaduti a lavoratori, oggetto di denuncia all'INAIL e da questo riconosciuti, da cui sono esclusi i casi riguardanti apprendisti, lavoratori interinali, lavoratori iscritti alle polizze speciali come cooperative di facchinaggio, pescatori, ecc., sportivi professionisti e degli eventi in itinere) sono stati, nella provincia di Rimini, mediamente attorno a 4.100 all'anno; di questi, tra 150 e 200 per ciascun anno sono stati indennizzati per postumi permanenti, mentre gli infortuni mortali sono stati 3 o 4 l'anno.

1.2 Alcuni target di popolazione

Popolazione in età lavorativa¹⁸. Nel 2007, nella provincia di Rimini, sono circa 252.000 i residenti in età lavorativa (da 15 anni e oltre) di cui 115.000 inattivi (il 46% della popolazione da 15 anni e oltre) e 129.000 persone occupate. Gli occupati sono per il 32% lavoratori autonomi contro una media regionale del 28%. Questa maggiore vocazione all'attività autonoma degli occupati riminesi riguarda in particolar modo il terziario, dove la percentuale sale al 70% mentre a livello regionale si ferma al 62%.

Restano però, per la popolazione riminese tassi di occupazione inferiori alle medie regionali.

Le donne aumentano la loro partecipazione al mercato del lavoro, ma in maniera meno evidente che nel resto del territorio regionale. L'analisi dei tassi di occupazione per classe di età e sesso rileva che a Rimini nella classe più giovane (15-24 anni) maschi e femmine hanno un comportamento molto simile, ma già nella classe successiva (25-34 anni) e si ha una differenziazione molto rilevante tra il tasso di occupazione maschile e quello femminile. La fascia di età dove cala il tasso per la componente femminile corrisponde a quella del matrimonio e della nascita dei figli ed è quindi piuttosto usuale che per svolgere il loro ruolo sociale di mamme molte donne escano dal mercato del lavoro per un certo periodo di tempo. Tra i 35 e i 44 anni il tasso femminile torna a salire (i carichi familiari sono di nuovo conciliabili con la attività lavorativa) ma poi è nuovamente piuttosto basso nella classe di età successiva composta probabilmente ancora da donne che avevano scelto di non svolgere attività extradomestiche. Tutto ciò a fronte di tassi di occupazione maschili sempre in crescita dalle età giovanili.

Dai dati dei servizi per l'impiego si evince anche la stagionalità dei rapporti di lavoro: in questo territorio oltre un quinto degli avviati si registra nel mese di giugno e il 43,5% nei 3 mesi compresi tra maggio e luglio e riguarda il settore alberghiero/ristorativo e del commercio.

I dati sugli avviamenti mostrano anche una considerevole incidenza del lavoro part time che riguarda quasi il 31% dei lavori instaurati nel 2007 (circa un avviamento su 3 nel 2007), così come nel biennio precedente, si riferisce a lavori a tempo parziale. L'incidenza del lavoro part time è differenziata per i 2 sessi: è il 23% degli avviamenti maschili ed oltre il 37% di quelli femminili.

Popolazione immigrata. Una realtà strutturata con caratteristiche di stabilità territoriale testimoniata dai ricongiungimenti familiari che innescano una più ampia domanda di servizi anche di tipo sociale.

Elementi significativi sono il 13% delle nascite dei bambini stranieri su un totale di 2.846 nascite registrate nel 2007 con una rappresentanza di 28 diverse nazionalità. L'8,7% degli iscritti nell'anno scolastico 2007/2008, nel sistema scolastico (dalle scuole d'infanzia alle secondarie di secondo grado) è straniero (al

¹⁷ Indagine Passi anno 2006

¹⁸ Popolazione da 15 anni e oltre.

netto dei Sanmarinesi) con prevalenza di nazionalità albanese, di Paesi dell'est Europa, del Sudamerica e Cinesi.

Presenza nel mercato del lavoro locale: nel corso del 2007 sono stati avviati, dai servizi per l'impiego (CPI) 18.962 stranieri (11.189 donne e 7.773 uomini), pari al 29,4% degli avviati complessivi nell'ambito del lavoro dipendente nella provincia di Rimini, una incidenza percentuale aumentata considerevolmente negli anni: infatti nel 2000 la quota degli immigrati ammontava solo al 8,9%

Da segnalare anche l'inserimento degli immigrati nell'imprenditoria locale: nel segmento delle imprese individuali ci sono oltre 2.400 titolari stranieri, il 12,6% delle imprese individuali (il 6,3% del totale complessivo delle imprese. Per l'80% maschi e per il 20% femmine, in maggioranza concentrati nelle classi d'età 30-39 anni (36,6%), 40-49 anni (33,5%). Il settore dove sono più presenti titolari stranieri sono quello delle costruzioni (40,9%) e quello del commercio/alberghi (37,8%). I paesi più rappresentati sono: Albania (19,3%), Senegal (10,4%), Cina (8,5%), Romania (5,7%), Marocco (3,9%), Tunisia (3,8%), Macedonia (3,6%).

Popolazione femminile. Se nelle età giovanili il rapporto numerico tra i sessi vede lo sbilanciamento a favore della componente maschile, nelle età comprese tra i 25 e i 50 anni si ha una situazione di tendenziale equilibrio tra i due sessi, poi la situazione cambia nettamente, sopra i 50 anni, le femmine sono sempre più numerose dei maschi. Nella provincia di Rimini la popolazione ultra50enne è composta da 112.479 persone per il 55% di sesso femminile che nel 27% dei casi risulta vedova, contro il 6% dei coetanei maschi. Tra le donne, a seconda della loro provenienza si rileva un diverso comportamento sul fronte della fecondità. Analizzando i tassi specifici di fecondità per classe d'età considerata si può rilevare che mentre le donne straniere hanno valori di fecondità più elevati nelle classi di età più giovani, dai 15 ai 29 anni, con un picco dai 20 ai 24 anni, le italiane residenti in provincia sono più feconde nelle classi di età dai 30 ai 39 anni, con un picco tra i 30 e i 35 anni. Il divario rimane comunque molto più accentuato nelle classe 15-19 e 20-24 dove le immigrate presentano tassi di fecondità specifici nettamente superiori a quelli delle italiane. Questo fenomeno trova una spiegazione sia nella diversa formazione culturale che nel più lungo tempo scolastico/universitario che le donne italiane dedicano all'istruzione.

Utenti della strada. Anche nella provincia di Rimini l'esigenza di mobilità strutturale (29% per studio e 71% per lavoro) è affrontata prevalentemente utilizzando l'auto privata (64,1%). In Emilia-Romagna la percentuale di utilizzo dell'auto privata (come conducente o passeggero) si colloca tra il 59,5% della provincia di Bologna e il quasi 71% della provincia di Modena.

Usa il mezzo pubblico solo il 9,5% del totale dei pendolari in maggior parte studenti (87%) che si spostano all'interno del comune, in prevalenza nei due comuni maggiori (Rimini e Riccione). Se si considerano solo i lavoratori, la maggioranza (52,5%) dei passeggeri sono donne, in particolare sui mezzi urbani (71%) ed extraurbani (60%), mentre sul treno, sono più numerosi (74%) i lavoratori maschi.

Si sposta a piedi solo il 9,5% dei pendolari (contro una media regionale del 10,2%), dato questo che rappresenta in Emilia-Romagna un valore intermedio tra quello più elevato della provincia di Piacenza (14,3%) e quello più basso di Ravenna (7,8%).

La moto e lo scooter sono utilizzati a Rimini (8,5%) in misura superiore rispetto alle altre province emiliano-romagnole mentre la bicicletta è usata nella provincia di Rimini solo per il 7,6% degli spostamenti casa/lavoro (o casa/scuola) contro il 15,1% della provincia di Ferrara e il 12,8% della provincia di Ravenna.

Popolazione anziana. Un'indagine¹⁹ tra gli oltre 60.000 ultra65enni nella provincia di Rimini sull'occupazione del proprio tempo ha messo in evidenza l'articolato universo anziano, spesso considerato come un unico fotogramma. In particolare ha permesso di segmentare la popolazione in 5 diversi gruppi con caratteristiche omogenee al loro interno che hanno messo in evidenza le diverse modalità di vivere la propria età "anziana". Sono stati individuati: i domestici/amanti della famiglia, gli sportivi/novelli pensionati, gli iperattivi/novelli pensionati, le nonne vacanziere, gli apatici. In generale le definizioni contengono una sorta di indicazione del modo con cui le persone organizzano e gestiscono il proprio tempo. Gli "apatici" sono un gruppo di anziani ultra ottantenni, in prevalenza donne vedove che non hanno particolari interessi nell'occupazione del proprio tempo quindi trascorrono la loro giornata in modo "anonimo".

I "domestici/amanti della casa e della famiglia" sono "post-adulti" (meno che 77enni) tutti concentrati nelle attività domestiche, spesso come supporto alla famiglia dei figli. E' un gruppo che al crescere dell'età,

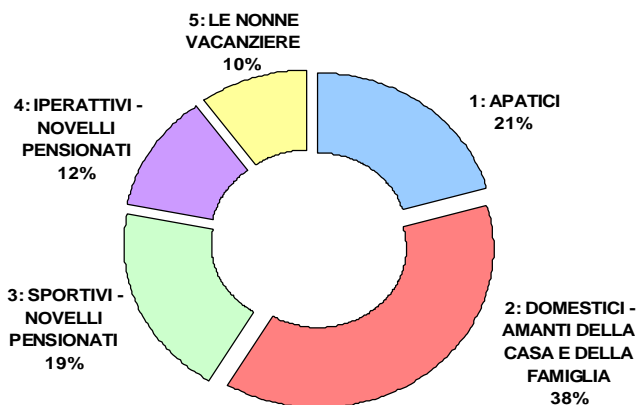
¹⁹ L'uso del tempo di vita degli anziani. A cura di Provincia di Rimini e SPI-CGIL Rimini. Anno 2004

potrebbe trasformarsi in quello degli “apatici”, in cui venendo a mancare l’attività domestica si trovano a disporre di un tempo “vuoto”.

Hanno invece nuovi stili di vita, in contrapposizione con gli stereotipi ricorrenti, una certa quota di donne, le “nonne vacanziere”, di 75 anni e oltre, vedove, che vivono sole e pur dedicandosi ad attività familiari e sociali utilizzano il loro tempo più per attività edonistiche che per quelle dell’impegno.

Gli sportivi/novelli pensionati (65-69enni) vivono in famiglia con il proprio coniuge, sono prevalentemente uomini, pensionati da poco tempo (5 anni) che il loro tempo lo impegnano in attività sportive regolari, nella lettura del giornale.

Gli iperattivi/novelli pensionati (65-69enni), come il gruppo precedente, vivono in famiglia con il coniuge,



sono prevalentemente uomini, pensionati da poco tempo (5 anni) che impegnano il loro tempo in attività sportive regolari, nella lettura del giornale, ma vanno anche in vacanza, sono socialmente impegnati e vorrebbero mantenere questi impegni anche per il futuro, hanno frequentato corsi formativi nell’ultimo anno e vorrebbero ancora farne in futuro.

Famiglie. Aumenta il numero delle famiglie (+2,5% rispetto al 2007): in particolare aumentano le famiglie unipersonali (single) attualmente il 32% delle famiglie complessive arrivate a 124.747 contro le 37.948 registrate nel 1951 e le 106.216 rilevate nel 2000. Le altre tipologie familiari sono per il 16% coppie coniugate, il 30% coppie coniugate con figli e/o altri, il monogenitore con figli e/o altri 13%. L’aumento delle famiglie “unipersonali” è correlato:

- all’invecchiamento della popolazione soprattutto quella femminile
- a separazioni/divorzi
- all’immigrazione, soprattutto nel segmento degli adulti e dei giovani.

1.3 Salute e stili di vita

Descrivere lo stato di salute di una popolazione è un’operazione complessa: da un punto di vista concettuale si tratta di rappresentare, attraverso opportuni indicatori, la frequenza e la distribuzione delle malattie nella popolazione stessa, ma ad oggi non esiste un modello condiviso né un insieme validato e univoco di indicatori da utilizzare; ci si avvale a tal fine di dati provenienti da flussi informativi eterogenei e spesso realizzati per finalità differenti, ma che tuttavia nel loro complesso consentono di tratteggiare un quadro accettabile dello stato di salute della comunità riminese.

Lo stato di salute è determinato dall’azione di una più o meno elevata, multiforme e complessa serie di fattori, detti anche “determinanti di salute”.

Tra i determinanti della salute, quelli comportamentali rappresentano una categoria di particolare interesse in campo preventivo in quanto, oltre ad essere responsabili di una quota parte di patologia cronica significativamente elevata, si caratterizzano per la suscettibilità ad interventi di carattere modificativo.

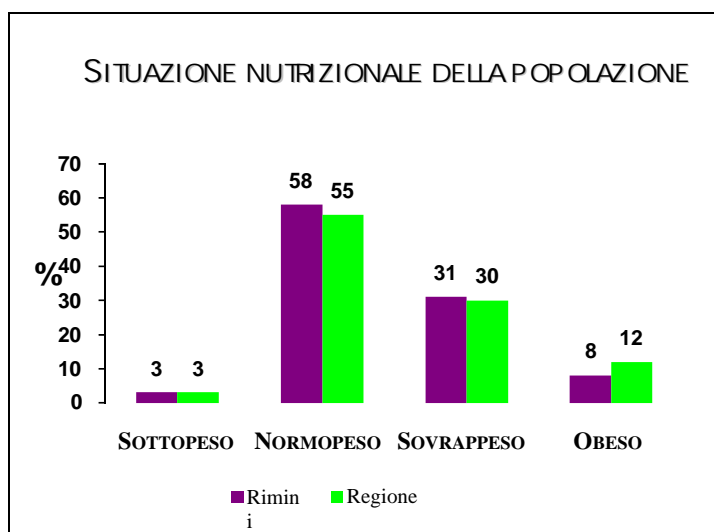
Nella provincia di Rimini informazioni sui comportamenti a rischio della popolazione residente sono desunte dai dati dell’indagine PASSI²⁰.

²⁰ Indagine trasversale condotta nel corso del 2006. Attraverso interviste telefoniche, con somministrazione di un questionario standardizzato a persone di età compresa tra i 18 ed i 69 anni scelte casualmente dalle liste dell’anagrafe sanitaria, per un campione di circa 200 persone

Le abitudini alimentari influenzano la salute in quanto obesità e sovrappeso rappresentano fattori di rischio per malattie cardiovascolari, ictus, diabete, alcuni tumori, malattie della colecisti, osteoartriti.

Secondo i risultati dell'indagine PASSI 2006, nella provincia di Rimini il 3% delle persone è sottopeso, il 58% normopeso, il 31% sovrappeso e l'8% obeso, valori questi coerenti con i risultati di altre indagini condotte sull'intera popolazione italiana.

La proporzione di soggetti che presentano una condizione di eccesso ponderale cresce in maniera significativa con l'età, ed è maggiore tra gli uomini.



Per quanto riguarda la popolazione infantile i risultati dell'indagine trasversale condotta nel periodo 2003-2005, indicano che nella provincia di Rimini, più o meno come nell'ambito dell'intero territorio regionale, nel passaggio dall'età di sei a quella di nove anni la prevalenza di bambini in condizione di eccesso ponderale aumenta da circa un bambino su quattro ad una proporzione prossima ad un bambino su tre.

Con riferimento al consumo di frutta e verdura, nell'Azienda U.S.L. di Rimini quasi tutti gli intervistati (99%) affermano di consumare giornalmente frutta e verdura, anche se solo un'esigua parte (12,1%) consuma le 5 porzioni giornaliere consigliate sulla base degli studi più recenti.

L'attività fisica svolta in maniera regolare influenza favorevolmente l'aspettativa di vita: si stima, infatti, che riduca del 10% la mortalità per tutte le cause nonché il rischio di patologie cardiovascolari, diabete, cancro del colon, osteoporosi, depressione e traumi da caduta.

Nell'Azienda USL di Rimini il 46% degli intervistati è impegnato in un buon livello di attività fisica, mentre il 28% svolge attività fisica moderata e il restante 26% ne pratica troppo poca o non ne pratica affatto.

L'abitudine al fumo rappresenta uno dei principali fattori di rischio nell'insorgenza di numerose patologie cronico-degenerative, prevalentemente a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare, ed è considerato il maggiore fattore di rischio evitabile di morte precoce.

Secondo i risultati dell'indagine Passi 2006, nell'Azienda USL di Rimini i fumatori rappresentano il 27% circa della popolazione, gli ex fumatori il 23% e i non fumatori quasi il 50%. La diffusione dell'abitudine al fumo appare maggiore nella classe dei 25-34enni, negli uomini e nelle persone con livello di istruzione più elevato.

Il 6% degli intervistati che lavorano in ambienti chiusi dichiara che il divieto di fumare sul luogo di lavoro non viene mai rispettato mentre solo il 67% riferisce che viene rispettato sempre.

Il consumo di bevande alcoliche rappresenta un rilevante fattore di rischio per la salute: nell'Azienda USL di Rimini la percentuale di persone che riferisce di aver bevuto, nell'ultimo mese, almeno una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore (cosiddetta unità di bevanda alcolica) è risultata vicina all'80%, valore di poco superiore a quello rilevato in Regione E-R (72%); i valori più elevati si osservano nella fascia 35-49 anni, tra gli uomini e le persone con livello di istruzione più alto.

I bevitori "binge" (coloro che nell'ultimo mese dichiarano di aver bevuto almeno una volta 6 o più unità di bevanda alcolica in un'unica occasione), sono più frequenti tra i giovani e gli uomini.

Complessivamente il 18,7 % degli intervistati può essere ritenuto un consumatore a rischio.

L'assunzione di **droghe**²¹ è in crescita come si può osservare dall'aumentato numero della richiesta di trattamento, cala però, tra gli utenti del SerT (in particolare nei nuovi ingressi) la percentuale di siero positivi. Stanno anche cambiando, tra i giovani, le sostanze d'abuso, alla eroina si sono affiancate le "nuove droghe", che in realtà di nuovo hanno esclusivamente le modalità d'uso e non la composizione chimica.

Lo studio delle cause di morte rappresenta uno dei principali strumenti di analisi dello stato di salute di una comunità: i dati di mortalità servono a rappresentare la distribuzione di patologie a prognosi severa risultando, di fatto, un indicatore di effetto globale delle condizioni di vita, dell'esposizione a fattori di rischio e dell'efficacia dell'assistenza socio-sanitaria.

La mortalità complessiva nella provincia di Rimini è sostanzialmente stabile (circa 9 deceduti per 1.000 abitanti); il confronto con altre realtà effettuato attraverso l'uso della standardizzazione per età dei tassi mostra nel quinquennio 2002-2006 un andamento coerente con i valori regionali che si mantengono tuttavia leggermente superiori

Nell'anno 2006, in provincia di Rimini si sono verificati circa 2.600 decessi (di cui il 49% di sesso maschile); le principali cause di morte sono state rappresentate dalle malattie del sistema circolatorio (43,2% nelle femmine e 34,4% nei maschi), dai tumori (28,1% nelle femmine e 37,6% nei maschi), dalle malattie dell'apparato respiratorio (5,1% nelle femmine e 6,3% nei maschi) e da traumatismi ed avvelenamenti (3,6% nelle femmine e 5,2% nei maschi).

La mortalità per malattie del sistema circolatorio, nella provincia di Rimini così come nel resto della regione, è in lenta ma costante riduzione essendo principalmente sostenuta da "malattie ischemiche del cuore" o da "altre malattie del cuore" e da "disturbi circolatori dell'encefalo".

Sulla base di dati del quinquennio 2001-2005 la mortalità per tumore, che complessivamente tende ad una riduzione, è proporzionalmente determinata, nel sesso femminile, da localizzazioni a mammella (14,8% del totale dei decessi per tumore), colon, retto e ano (12%), stomaco (11,1%) mentre, nel sesso maschile, da localizzazioni a trachea, bronchi e polmoni (28,6%), stomaco (11,3%), colon retto e ano (9,9%).

Anche con riferimento alla mortalità per malattie dell'apparato respiratorio l'andamento è in progressiva riduzione.

La morbosità. Lo studio della diffusione delle malattie viene usualmente condotto utilizzando indicatori di differente natura che nel loro insieme contribuiscono a fornire un'immagine dello stato di salute della popolazione.

L'analisi dell'andamento temporale dei "ricoveri ospedalieri" mostra nel quinquennio 2001 – 2005 un sostanziale decremento della tendenza all'ospedalizzazione in regime ordinario sia nella provincia di Rimini che nell'intera Regione Emilia-Romagna, ma il dato è attribuibile alle politiche intraprese allo scopo di ridurre i ricoveri impropri più che ad una riduzione della morbosità.

Nell'anno 2005, le principali cause di ricovero sono state, nei maschi, le malattie del sistema circolatorio seguite, nell'ordine, dai tumori e dalle malattie dell'apparato digerente; per le femmine, rispettivamente, complicanze della gravidanza, parto e puerperio, causa che comprende anche i parti normali, seguita dalle malattie del sistema circolatorio e dai tumori.

Per quanto riguarda le malattie del sistema circolatorio e i tumori si assiste ad un decremento della tendenza all'ospedalizzazione, più marcato per la prima patologia, più contenuto per la seconda.

Considerate nell'ambito del complesso delle patologie che interessano la specie umana le malattie infettive e diffuse non rivestono più, nel modo occidentale economicamente avanzato e a differenza di quanto accadeva ancora poco meno di un secolo fa, un ruolo di primario interesse nel determinismo del carico di malattia e di morte che grava la popolazione; ciò nonostante alcune patologie meritano ancora un'attenzione particolare.

La distribuzione temporale dei casi di legionellosi, nel periodo 2001-2005, pur riflettendo la variabilità caratteristica dell'epidemiologia "dei piccoli numeri", per la severità della prognosi ed il numero di casi notificati induce a considerare questa come una malattia emergente da tenere sotto stretto controllo, tenuto conto del rilievo epidemiologico per la provincia di Rimini determinato dalla loro relativa frequenza in strutture recettive.

Nella provincia di Rimini il tasso di notifica di tubercolosi, soprattutto della forma a localizzazione polmonare, presenta valori, nel quinquennio 2000-2004, nell'ordine dei 10-12 casi per 100.000 abitanti, risultando in linea con l'andamento regionale. Si nota, nel periodo considerato, una tendenza all'incremento

²¹ Indagine PASSI

da verificare su scala temporale più ampia.

In Romagna si rilevano tassi di incidenza di Aids tra i più elevati della regione; in particolare, con riferimento all'ultimo quinquennio, nella provincia di Rimini si notano valori, tendenzialmente in decremento, che per il biennio 2005-2006 risultano compresi tra 3,8 e 5,2 casi per 100.000 abitanti. Secondo valutazioni prudenziali effettuate sulla base di un calcolo puramente aritmetico, da considerare approssimato per difetto, è possibile stimare al 2005 un numero di persone infettate dall'HIV in provincia di Rimini compreso tra 400 e 600.

Secondo i dati elaborati dall'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRT), che riunisce 21 registri tumori di popolazione in Italia relativi al 25% circa della popolazione (15 milioni di abitanti), approssimativamente un uomo su tre e una donna su quattro avranno una diagnosi di tumore entro il 74° anno di età, e la probabilità aumenta al crescere dell'età.

Secondo i dati dell'AIRT, l'incidenza dei tumori nel loro complesso ed indipendentemente dall'età, è in crescita, sia tra gli uomini che tra le donne; l'incremento viene spiegato in parte con l'aumento dell'esposizione a fattori di rischio (ad es. per il tumore del polmone nelle donne in cui l'abitudine al fumo è sempre più diffusa), in parte con l'incremento della diffusione dei programmi di screening che facilitano ed anticipano la diagnosi (ad es. per il tumore della prostata nell'uomo).

Nel periodo 2001-2005 tra i residenti nella provincia di Rimini sono stati diagnosticati, mediamente per ciascun anno, 991 tumori maligni nelle femmine e 1298 nei maschi, con un andamento temporale caratterizzato da una certa variabilità dei valori in relazione alla dimensione relativamente piccola dei numeri in gioco,

Esaminando nei due sessi le sedi nelle quali sono con maggior frequenza è posta la diagnosi di neoplasia maligna, emerge il ruolo della specificità di genere esemplificata nelle femmine dalla elevata proporzione di tumori della mammella (22%) e nei maschi di quelli della prostata (18%). Al secondo posto per frequenza di localizzazione, in entrambi i sessi, i tumori della cute diversi dal melanoma seguiti con proporzioni differenti, nei due sessi, dai tumori del polmone, del colon-retto, dello stomaco e della vescica.

Con riferimento all'evoluzione temporale dell'incidenza di tumori maligni nelle cinque sedi più frequentemente colpite appaiono degne di nota la tendenza alla riduzione delle diagnosi, nel sesso femminile, di tumore della mammella, in quello maschile, di tumore del polmone mentre, in entrambi i sessi, la frequenza di diagnosi di tumori della cute diversi dal melanoma appare in crescita.

1.4 Tra monitoraggio e prevenzione

Nella provincia di Rimini sia il territorio che la popolazione sono oggetto di costanti campagne di monitoraggio e screening a supporto delle strategie di prevenzione, di miglioramenti e cura.

Per quanto riguarda il territorio sono monitorati la qualità dell'aria (rilevazione dei valori degli inquinanti: biossido di azoto, ozono, benzene), la qualità delle acque potabili e quelle di balneazione, lo smaltimento dei rifiuti (urbani e speciali), l'andamento dello sviluppo e della diffusione della zanzara tigre (a seguito dell'identificazione, nel 2007, di casi di sindrome di Chikungunya, malattia trasmessa da questa zanzara), il disagio bioclimatico (in particolare previsione delle ondate di calore particolarmente rischiose per anziani, bambini, persone con particolari patologie).

Per quanto riguarda monitoraggio e **screening sulla** popolazione, curati dall'Azienda Usl, vengono rivolti, a seconda della tipologia, a particolari fasce di età, a campioni di popolazione o alla totalità dei cittadini.

Con il sistema di sorveglianza sui Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia (**PASSI**), strumento di osservazione di tutta la popolazione (su base campionaria), si tiene sotto controllo l'evoluzione nel tempo di alcuni aspetti, quali le abitudini di vita ed i comportamenti a rischio, in grado di incidenza sullo stato di salute e si forniscono informazioni di buona qualità, in modo sistematico, tempestivo e con un impegno di risorse relativamente contenuto agli operatori sanitari.

Il **programma di contrasto alle ondate di calore** attuato a livello territoriale già dall'anno 2003, su indicazione regionale, prevede una rete volta a mitigare gli effetti delle ondate di caldo sulle persone più fragili, a rischio di complicanze o in condizione di solitudine.

Nel campo degli **screening** sono attivi quelli per diagnosi precoce:

- dei tumori del collo dell'utero (Pap test, colposcopia e accertamenti correlati)

- screening colon-rettale per soggetti rientranti nella fascia di età tra i 50 e i 69 anni, convocati per aree geografiche progressive
- screening alla mammella per donne tra i 50 e i 69 anni scelti in base alla dislocazione delle unità radiologiche mobili
- screening alla cervice uterina per popolazione convocata a random tra i 25 e i 64 anni.

Questa attività di screening registra, in generale, una adesione in crescita, in linea con il trend regionale; leggermente sopra la percentuale regionale lo screening colon-rettale e alla mammella.

Con le **campagne vaccinali** si è incrementato il numero dei vaccinati della popolazione totale, si è raggiunto (nel periodo 2006-2007) il 75% della popolazione ultra65enne; le coperture al 24° mese per alcune vaccinazioni dell'infanzia, come Polio, Hib, Morbillo, Pertosse, mostra valori che, pur potendo essere comunque considerati buoni livelli di copertura, sono di qualche unità percentuale inferiori alla media regionale.

2. Servizi, risorse informali, domanda espressa e domanda soddisfatta

2.1 Servizi e interventi; 2.2 La sanità che si prende cura; 2.3 Scuola e infanzia; 2.4 Il problema casa; 2.5 Il ruolo della socialità

2.1 Servizi e interventi

La spesa per interventi e servizi sociali erogata dai Comuni. Nella provincia di Rimini le risorse per l'assistenza sociale erogata dai Comuni, singoli o associati²², nel 2005 ammonta a 55.694.152 euro, con importo medio procapite per abitante di 189 euro. La gran parte della spesa sociale dei comuni è destinata a famiglie e minori (46,4), anziani (19,7%) e persone con disabilità (29,2%): su queste tre aree di utenza si concentra il 71,8% delle risorse impegnate. Con percentuali di spesa intorno all'1% troviamo l'area disagio adulti (1,7%), l'area giovani (1,04%), l'area immigrati (0,7%) e l'area dipendenze (0,5%).

Nell'area "famiglia e minori" circa la metà della spesa è impegnata per le strutture e in particolare sono i costi di funzionamento degli asili nido ad assorbire la quota più rilevante della spesa totale dell'area.

Nell'area "anziani" prevale la spesa per gli interventi e i servizi, la voce principale di spesa è il servizio di assistenza domiciliare, a cui viene destinato il 39% delle risorse impegnate complessivamente per gli anziani.

In generale gli anziani, insieme alle persone con disabilità, sono i principali destinatari del servizio di assistenza domiciliare.

Per l'area disabilità le principali voci di spesa sono riconducibili all'insieme degli interventi educativo-assistenziali e per l'inserimento lavorativo dei disabili e dell'assistenza domiciliare.

L'assistenza domiciliare per gli anziani è il servizio più diffuso sul territorio, coprendo tutti i comuni della provincia.

I servizi che il territorio riminese è in grado di offrire ai diversi target di popolazione con bisogni assistenziali, spaziano dalla cura, all'assistenza alla riabilitazione. Interventi significativi in questi anni sono stati realizzati rispetto all'attività di accoglienza e cura presso strutture residenziali e semiresidenziali e in tutta l'attività a sostegno della domiciliarità.

Nelle **strutture** sono ospitate persone che si trovano in stato di bisogno per motivi diversi: anziani e disabili, in prevalenza in condizione di non autosufficienza, minori sprovvisti di tutela, soggetti in difficoltà, con problemi economici e in condizioni di disagio sociale.

Dal 2000 al 2006 (ultima rilevazione SIPS) il numero di strutture socio-assistenziali presenti è andato crescendo e, dagli originari 101, si è arrivati a quota 119 (+ 17,8%). Le strutture più presenti sono quelle rivolte ad anziani e disabili (57,2%), con prevalenza delle tipologie case di riposo (18) e case protette (16), mentre per i disabili il territorio può vantare la presenza di una vasta gamma di tipologie (7 centri socio riabilitativi residenziali, 5 gruppi appartamenti, 17 centri diurni, 3 centri socio occupazionali).

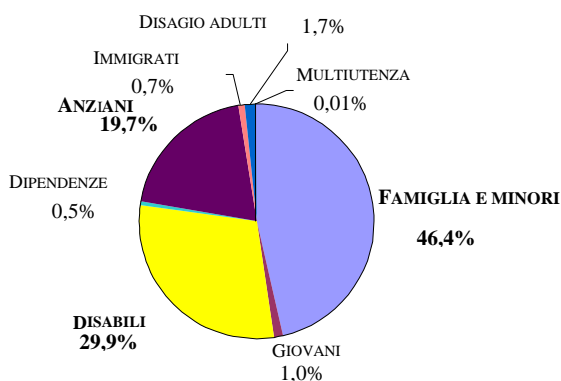
Le strutture per minori sono complessivamente 6 alle quali si aggiungono 25 case famiglia.

Sono 4 i centri di accoglienza abitativa per immigrati, tutti nel territorio del comune di Riccione e la casa della carità per persone adulte in stato di bisogno (nel comune di Rimini).

La capacità di accoglienza delle strutture residenziali e semiresidenziali è aumentata dall'anno 2000 al 2006 del 26,8% passando da 2.021 a 2.562 posti. Aumenta di conseguenza anche il numero degli utenti accolti nelle strutture, da 1.899 nel 2000 a 2.261 nel 2006 (+ 19,1%).

La concomitanza relativa alla sperimentazione del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza, basata sull'allineamento dell'impegno economico a favore degli anziani nelle diverse realtà territoriali, fornisce a

RIPARTIZIONE SPESA SOCIALE COMUNI - ANNO 2005



²² Rilevazione Istat – anno 2005.

questo territorio un'importante opportunità di riequilibrio dell'offerta assistenziale alternativa al ricovero ospedaliero.

Rispetto alla cosiddetta rete Gracer, relativa cioè a pazienti con grave cerebrolesioni è già pienamente attiva la funzione di riabilitazione intensiva con letti dedicati presso gli Istituti di riabilitazione del territorio (*Sol et Salus* – Luce sul mare – RSA Sole).

La rete dei servizi per anziani e disabili a sostegno della domiciliarità, per favorire il massimo mantenimento dell'autonomia individuale, aiutando la persona a rimanere nella propria casa e nel proprio contesto di vita si sviluppa con:

- **l'assistenza domiciliare** che rappresenta una delle azioni perno per il sostegno della domiciliarità e registra un aumento del numero di utenti. Confrontando il dato 2007 con quello dell'anno precedente, risulta che il numero di utenti è passato dai 994 anziani del 2006 ai 1.005 anziani del 2007. I disabili in assistenza domiciliare sono 186 (di cui 121 nel distretto di Rimini, 65 nel distretto di Riccione). Il maggior numero di utenti è costituito dalla classe di età 80-84 anni, in linea con i valori regionali.
- il Servizio di **Telesoccorso**, arricchito delle attività di **Teleassistenza** a cui è stata data la possibilità di accedere a tutti gli anziani e disabili residenti della provincia di Rimini, nel 2007 ha registrato 580 utenti.
- **l'Assegno di cura** è un contributo economico finalizzato a sostenere le famiglie che mantengono nel proprio contesto la persona anziana o disabile non autosufficiente, evitando o posticipando in tal modo il ricovero nei servizi socio sanitari residenziali ed ha sempre più assunto un valore strategico di strumento di politica socio-sanitaria di sostegno al lavoro di cura a domicilio assicurato a persone in condizione di non autosufficienza siano essi anziani, disabili e soggetti con gravissima disabilità acquisita (DGR 2068/2004).
- Nell'anno 2007, grazie alle ulteriori risorse legate al Fondo Regionale per la Non Autosufficienza, è stato possibile aumentare significativamente il numero degli utenti che hanno usufruito dell'assegno di cura: si è passati da 861 nel 2006 a 1.105 anziani nel 2007, con un incremento del 28%. A questi utenti si aggiungono quali beneficiari dell'assegno 192 disabili (150 gravi 150 e 42 gravissimi).

Gli **Sportelli Sociali Professionali** sono un punto di accesso per il cittadino e permettono di incentivare le relazioni del cittadino con la Pubblica amministrazione locale offrendo servizi di:

1. informazione sui servizi offerti dal territorio;
2. consulenza ed orientamento. Qui avviene la trasformazione della domanda dell'utente in bisogno reale e sostenibile. Si "accompagna" l'utente ai servizi del territorio e lo si aiuta nella compilazione di moduli, nel fissare appuntamenti con centri per l'impiego;
3. aiuto-invio: invio dell'utente su richiesta dello Sportello ad un servizio specialistico.

Gli sportelli, ubicati nei territori di Rimini, Bellaria-Igea Marina, Santarcangelo di Romagna, Verucchio, Coriano, Cattolica, Morciano di Romagna e Riccione hanno registrato 1.126 utenti e 1.624 contatti.

Nell'area **disabilità**, nella provincia di Rimini, l'Inail registra (a fine.2007) 5.219 titolari di indennità (di cui 4.459 uomini e 760 donne). I disabili più numerosi sono quelli nella tipologia della disabilità motoria: 2.504 persone (1.908 maschi e 524 femmine) seguita da quella psico-sensoriale con 1.419 persone (167 maschi e 18 femmine).

In carico al Servizio Integrato Disagio psico-sociale e Disabilità Mentale, nel 2007, risultano 742 persone di cui 617 con disagio mentale e 125 con disagio psico-sociale. Il servizio disabili adulti ha preso in carico (nel 2007) 1.421 soggetti.

Gli inserimenti in struttura sono stati 441, prevalentemente in centri diurni.

Parallelamente agli interventi pubblici occorre tenere presente che nell'ambito della disabilità, esiste anche la vasta gamma di interventi che vengono effettuati da parte del privato sociale (cooperative sociali e associazioni di volontariato) anche in collaborazione con le Amministrazioni pubbliche, che contribuiscono efficacemente ad implementare la rete dell'offerta di servizi, con progetti che riguardano il rafforzamento delle relazioni, il tempo libero, il trasporto, la partecipazione alla vita sociale.

Minori e responsabilità familiari. Con 49.296 unità, in maggioranza di sesso maschile (51,4%) i minori (0-17 anni) costituiscono il 16% della popolazione complessiva. Si stima²³ che al 2010 questo gruppo di popolazione arriverà alle 50.000 unità.

²³ Fonte: Istat – Previsioni demografiche

In aumento i bambini stranieri (attualmente 4.514, 9,3% dei minori complessivi) ed anche i bambini adottati (27 nel 2007 contro i 26 nell'anno 2006).

In questo ambito le criticità sono costituite dalla dispersione scolastica (circa il 7% degli adolescenti in obbligo formativo 14 –17 anni è uscito dal circuito scolastico, percentuale che sale al 16% nel caso degli adolescenti non italiani), e dall'elevato numero di bambini in carico ai Servizi Sociali (circa 3.340 di età media 9-8 anni, prevalentemente concentrati nell'area del disagio familiare e del disagio economico).

I nuovi utenti nel 2007 risultano essere stati 673.

Significativa è la crescita progressiva delle difficoltà dei minori legate alla conflittualità dei coniugi in caso di separazione ed alle difficoltà economiche del nucleo familiare.

E' del tutto evidente che questi dati si collegano a fenomeni sociali nazionali, che sono sotto gli occhi di tutti, che comunque richiamano ad una complessiva riconsiderazione della società in cui viviamo.

Il volto della famiglia, in particolare nell'aggregato "genitori – figli" è mutato e continua a mutare con grande rapidità, rispetto all'immagine della cultura dominante ed anche rispetto alla formazione degli operatori.

In questo senso sia i servizi sia le politiche devono essere in grado di costruire "itinerari" certi d'integrazione in grado di evitare la frammentazione e la duplicazione degli interventi.

Anziani. Tra i fenomeni più rilevanti connessi alla trasformazione strutturale della popolazione non è l'invecchiamento generale, né la veloce crescita del numero degli ultra64enni, ma quello che si potrebbe definire il progressivo "ringiovanimento" degli anziani, il loro esser sempre meno vecchi da vecchi, sempre più a lungo "maturi" e non "vecchi". Il "ringiovanimento" degli anziani, dovuto al crescente benessere, alla migliore e più variata alimentazione, alla migliorata assistenza sanitaria, e condizioni igieniche, è presente per la prima volta nella storia italiana. Questa situazione ha determinato la necessità di rivedere anche le politiche per la popolazione anziana, affiancando a quelle ormai storiche per gli anziani non autosufficienti, una serie di politiche per il miglioramento dei servizi e delle condizioni di vita della popolazione anziana, con attenzione ad ambiti valoriali riferiti a prevenzione della salute e sicurezza, indipendenza, inclusione e partecipazione sociale.

Nella provincia di Rimini la popolazione anziana costituisce oltre un quinto (20,5%) della popolazione residente complessiva²⁴(26.058 uomini e 34.892 donne).

A giudicare dal numero crescente di Centri Sociali anziani (sono 21 attivi nella Provincia) gli anziani rivelano anche una grande capacità di autoregolamentazione e di iniziativa, che si concretizza in una crescente presenza sul territorio con attività di carattere ludico, sociale, culturale, oltre che ad una attenzione da parte di alcuni gruppi- al recupero della memoria storica di un passato recente ma lontano anni luce (la guerra, il dopoguerra e la ricostruzione) di cui essi sono depositari.

Differenze di genere. Se è vero che le donne sono più longeve, è anche vero che, dal punto di vista della salute, sono più "acciaccate" degli uomini.

I dati dimostrano che le donne presentano una molteplicità di patologie croniche che progredisce col crescere dell'età. Il 50% delle donne anziane dichiara di essere affetta da almeno 3 patologie croniche, mentre i coetanei sono solo il 33%.

Le non buone condizioni di salute incidono anche sulla **valutazione generale del proprio stato di salute** per cui tra gli uomini ultra65enni troviamo il 32,2% che dichiara di sentirsi bene o molto bene, mentre le donne, nella stessa classe d'età sono solo il 21%.

Le cose non migliorano di molto nel campo della occupazione. In provincia di Rimini le **donne occupate** sono 166.000 (fonte Istat ultimo dato disponibile anno 2006) con un tasso di occupazione del 55,7%, in crescita rispetto agli anni passati, ma sempre di alcuni punti inferiore all'obiettivo europeo stabilito per il 2005 (57%).

Le donne sono occupate prevalentemente nel lavoro dipendente, nel settore terziario, ed hanno una remunerazione mediamente inferiore a quella dei loro colleghi maschi (il reddito di una lavoratrice dipendente è minore del 25,5% rispetto al lavoratore maschio dipendente e 48,5% nel lavoro autonomo).

Ma le difficoltà per le donne non si fermano solo a questi indicatori, in particolare per la lavoratrice si pone anche il problema della conciliazione dell'occupazione con le cure familiari a cui devo fare fronte con

²⁴ Al 1° gennaio 2008

diverse strategie come il part-time, le reti informali di aiuto, i servizi pubblici e privati che impongono scelte e decisioni non sempre facili.

In generale il permanere degli stereotipi mantiene alto il livello delle disuguaglianze tra la popolazione femminile e quella maschile sia in ambito lavorativo che politico e domestico.

Immigrati. L'incremento della popolazione immigrata nella nostra provincia costituisce come altrove un grosso impegno sotto il profilo dell'inserimento sociale. Se da un lato il fenomeno migratorio ha colmato un vuoto in settori del mercato del lavoro non appetibili per i residenti, e molte famiglie si sono insediate in maniera stabile nel nostro territorio, d'altra parte con i ricongiungimenti familiari sono venuti a crearsi nuovi problemi per la insufficienza dei servizi rivolti ai bambini ed alle famiglie. La popolazione immigrata vive in maniera ancor più drammatica e pressante il disagio economico, per l'isolamento e la mancanza di reti familiari, mentre gli ambienti scolastici si devono costantemente misurare con l'inserimento dei nuovi arrivati ed una tendenza all'abbandono da parte dei giovani che frequentano le scuole superiori.

Infine non può sottacersi il problema delle assistenti domiciliari, rispetto alle quali sono in atto progetti che incentivano la regolarizzazione, anche grazie allo stanziamento del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza.

Esclusione sociale. La provincia di Rimini accoglie nel suo territorio la sede di una **Casa Circondariale** che ospita detenuti in attesa di giudizio o con non più di 5 anni di pena detentiva da espiare. La capienza è di 125 posti, ma si possono verificare situazioni di sovraffollamento, con una presenza media mensile di circa 140 detenuti.

In generale la popolazione carceraria riminese si caratterizza per un alto turn-over e la presenza di detenuti con condanne relativamente brevi. La prevalenza di detenuti stranieri e tossicodipendenti costituisce ulteriore motivo di disagio e di difficoltà nella gestione di interventi di recupero.

Nell'ambito della pianificazione locale di zona sono stati attivati alcuni progetti con l'obiettivo di migliorare le condizioni di vita della popolazione carceraria.

Il **fenomeno del nomadismo** interessa solo marginalmente il territorio della provincia di Rimini, nonostante questo eserciti una forte attrazione per effetto della sua vocazione turistica e per la dimensione metropolitana che assume la costa nel periodo estivo.

D'altra parte nel "Rapporto sulla popolazione Sinta e Rom presente nei campi di sosta, transito e nei centri di accoglienza della Regione Emilia-Romagna" pubblicato dall'Assessorato Promozione Politiche Sociali della Regione E.R. nel giugno 2008, si rileva che *"le famiglie nomadi manifestano sempre più il bisogno di stanzialità con esigenze nuove rispetto al passato, che riguardano la richiesta di micro-aree, che realizzano anche acquistando aree private, e la collocazione in abitazioni di edilizia privata o pubblica"*.

Il medesimo rapporto riporta che nella provincia di Rimini sono presenti 7 campi di sosta localizzati nel comune di Misano che ospitano complessivamente 65 persone.

I Comuni e le associazioni di volontariato (Caritas parrocchiali, Consulta della solidarietà di Riccione, Madonna del mare) si fanno carico degli interventi di prima necessità nei confronti dei minori e degli adulti in difficoltà, attraverso i Servizi che si occupano di contrasto alla povertà estrema.

2.2 La sanità che si prende cura

Accessi al Pronto Soccorso. Nel 2007, gli interventi nelle diverse strutture di Pronto Soccorso dell'Azienda sono stati 30.347, mentre gli accessi sono stati 158.281, con un incremento del 19,8% rispetto al 2003.

Tra le fasce di popolazione maggiormente interessate agli accessi al Pronto Soccorso troviamo i bambini dai 0 ai 4 anni con il 8,2% sul totale, gli adulti dai 30 ai 34 con il 8,6% e gli anziani over 80 con il 8,7% di accessi.

Sul totale degli accessi (158.281), un terzo si sono verificati nei Pronto Soccorso del Distretto Sud, il rimanente nel il Distretto Nord.

L'Emergenza Caldo. Il servizio creato per fronteggiare le ondate di caldo, è rivolto alle persone che rientrano nella mappa del rischio (ultra75enni, soli o con patologie significative) per prevenire i malori dovuti al caldo, migliorare la condizione degli anziani e prevenire la necessità di ricorso al pronto soccorso. La mancanza, di reti familiari, di vicinato, associata a condizioni sanitarie e di autonomia fortemente compromesse rappresenta una condizione di particolare criticità e fragilità

Un piano individua le situazioni a rischio, in particolare delle persone non note ai servizi, attraverso una collaborazione strutturata dei medici di famiglia, dei presidi ospedalieri e dei servizi sociali dei Comuni. Il servizio provvede a contattare al telefono le persone che rientrano nella mappa della popolazione a rischio, per verificarne lo stato di benessere e gli eventuali bisogni. Nel 2007, il nucleo operativo sull'emergenza caldo ha effettuato 8.793 telefonate e sono state attivate visite domiciliari per verificare di persona la situazione ed attivare eventuali progetti individualizzati, al bisogno.

I **Consultori** rientrano tra i servizi dei Dipartimenti di Cure Primarie per la tutela sanitaria, psicologica e sociale della donna, della coppia, della famiglia e dei giovani. I consultori hanno registrato, nel 2007, un totale di 1.183 utenti²⁵, di cui 1.146 femmine e 37 maschi; i nuovi utenti²⁶ sono stati il 41,5% di cui il 2,6% stranieri.

Il numero di accessi registrati nella provincia di Rimini sono stati 1.810 per il Distretto Nord e 678 quello Sud. Il maggior numero di accessi sono dovuti a richieste di aiuto riguardo alla contraccezione pertanto le prestazioni²⁷ sono erogate da ginecologi.

La **spesa farmaceutica** netta procapite pesata per l'Ausl di Rimini è stata, relativamente all'anno 2007, pari ad euro 178,94; quella della R.E.R. di euro 182,25. Pertanto se già l'allineamento di costo per abitante dell'Ausl di Rimini con quello medio RER aveva rappresentato nel 2006 un traguardo importante, (considerato che solo nel 2004 il differenziale di spesa a sfavore dell'Ausl di Rimini era di circa 12 euro per abitante), il risultato ottenuto a fine 2007 pare di tutta significatività e conferma le ottime performance locali. Nell'ambito della farmaceutica territoriale un confronto diretto tra il 2003 e il 2007 evidenzia un passaggio netto da + 4,4% a - 1,8% nel consumo e da + 5,4% a - 1,6% nella spesa rispetto alla Regione Emilia-Romagna.

Dipendenze patologiche e salute mentale. Il fenomeno delle dipendenze patologiche riguarda non solo l'uso di sostanze psicoattive legali ed illegali ma anche alcuni comportamenti compulsivi che si esprimono anche senza sostanze d'abuso (gioco d'azzardo patologico, dipendenze da videogiochi, ecc.). L'utenza non residente ha sicuramente un impatto rilevante nella provincia di Rimini per diversi fattori tra i quali: la presenza della casa circondariale, l'elevato numero dei circuiti terapeutici e dei posti in struttura riservati, l'alta percentuale di persone che arrivano in provincia per trovare lavoro, ecc..

Nel 2006, sono afferiti al Ser.T anche 150 tabagisti e 22 giocatori d'azzardo.

All'U.O. Dipendenze Patologiche dell'Azienda U.S.L. di Rimini sono stati in carico 988 tossicodipendenti, mentre i tossicodipendenti che si sono rivolti in maniera estemporanea al servizio sono stati 257 e 666 quelli inviati da altri Ser.T. per trattamenti farmacologici.

Per quanto riguarda le caratteristiche dei soggetti che si rivolgono ai Ser.T., si rileva, innanzitutto la netta prevalenza del sesso maschile (84,5%) sia nell'utenza già conosciuta da anni, sia di coloro che si presentano per la prima volta ai Servizi di Rimini.

I tassi relativi alla popolazione **alcodipendente** risultano più bassi rispetto a quelli dei tossicodipendenti. La spiegazione deve essere attribuita non tanto alla reale dimensione del fenomeno, quanto piuttosto alla difficoltà a far ricorso a servizi sanitari per una problematica che spesso è socialmente accettata. Permane sempre una maggioranza di maschi in carico, 70,4% contro il 29,6% delle donne.

L'età segna una delle differenze sostanziali fra le due dipendenze. I tossicodipendenti in carico nei servizi sono progressivamente invecchiati nel corso degli anni, parallelamente però è aumentato il numero dei giovani sotto i 19 anni (nel 1998 erano il 2,8%, nel 2006 il 4,5%).

I dati relativi alle dimissioni dai **ricoveri** per problematiche alcol-droga correlate, nel 2006 evidenziano che tra i residenti della provincia di Rimini sono state ricoverate 82 persone, delle quali 76 hanno fruito del ricovero fino alla dimissione per guarigione o per stabilizzazione del quadro clinico, mentre in 12 casi le persone non hanno accettato il trattamento proposto e si sono dimesse volontariamente.

Nel 2006, rispetto all'anno precedente sono diminuiti sia i ricoveri per abuso di droghe che quelli per alcol.

Gli utenti in carico ai Centri di salute mentale del territorio Riminese risultano essere 4.811 di cui 2.063 maschi e 2.748 femmine (il 2,02% della popolazione residente²⁸).

I nuovi ingressi nel 2007 sono stati 1.615 con una netta prevalenza femminile (986).

²⁵ Per utenti si intendono quanti hanno ricevuto almeno una prestazione nel corso dell'anno.

²⁶ Per nuovi utenti si intendono quanti sono affluiti al servizio per la prima volta nel corso dell'anno rilevato.

²⁷ per prestazioni si intendono colloqui, visite specialistiche ecc. erogate agli utenti nel corso dell'anno nella sede consultoriale.

²⁸ I dati sono riferiti al territorio riminese con 298.333 di cui 61.110 minori, 237.223 maggiorenni e 22.545 immigrati stranieri (7,6% dei residenti)

Si conferma la tendenza rispetto a quella Regionale a diminuire il ricorso all'Ospedalizzazione nei pazienti psichiatrici, il nostro tasso di ospedalizzazione si mantiene sempre inferiore a quello regionale.

La presenza nel nostro territorio di utenti in transito, o per fenomeni turistici, o per forme migratorie rispetto al lavoro estivo, rende i dati di ricovero piuttosto instabili soprattutto per quanto riguarda i trattamenti ospedalieri coercitivi (TSO). Per questa tipologia di pazienti è più difficile mettere in atto trattamenti di cura alternativi al ricovero.

2.3 Scuola e infanzia

Servizi prima infanzia. I servizi per la prima infanzia presenti sul territorio provinciale mostrano un buon livello di qualità misurabile dall'intensa attività formativa rivolta agli educatori ed al personale ausiliario, dal buon livello delle strutture esistenti e dalla presenza capillare di coordinatori pedagogici che svolgono un'importante azione di raccordo e di qualificazione dei servizi, anche mediante la partecipazione al Gruppo di Coordinamento pedagogico Provinciale, l'attivazione di progetti di scambi pedagogici ed una intensa attività di documentazione delle attività realizzate. Nella programmazione triennale 2005-2007 è stato compiuto uno sforzo molto importante da parte dei Comuni e di altri soggetti privati del territorio per recuperare il cronico ritardo della realtà riminese in relazione all'offerta di servizi per la prima infanzia.

Attualmente sul territorio sono disponibili, tra servizi pubblici e privati autorizzati, 1.578 posti (nidi, spazi bambini, educatrici domiciliari).

Entro il 2008 saranno disponibili ulteriori 228 posti ed entro il 2009 ulteriori 130 circa (i dati fanno riferimento a posti la cui costruzione è stata già finanziata con fondi della LR 1/00 sm).

Lo sforzo compiuto tuttavia non ha consentito un significativo passo avanti verso l'obiettivo di Lisbona (indice di copertura dei servizi 33%) in quanto la popolazione 0-2 continua a crescere ad un tasso notevolmente superiore al ritmo di realizzazione dei nuovi posti.

L'indicatore della lista d'attesa, mostra un preoccupante aumento (si passa da 481 del 31.12.2004 al 632 del 31.12.2007), preoccupazione che risulta essere ulteriormente appesantita dalla circostanza per cui il 40% dei nostri Comuni (n. 8) ancora non offre servizi per la prima infanzia alla propria Comunità.

Complessivamente dunque la provincia di Rimini presenta un indice di copertura dei servizi intorno al 18,4% (17,4 nel 2004) se calcolato sul territorio nel suo complesso, ed intorno al 19,8% (18,46 % nel 2004) se calcolato sui soli Comuni sede di servizio.

Si evidenzia, anche l'esistenza sul nostro territorio di servizi ricreativi che tuttavia si distinguono dai servizi educativi (nidi e servizi integrativi) in quanto luoghi che offrono ai bambini occasioni estemporanee di gioco (baby parking) con la presenza di animatori.

Scuole dell'infanzia. Tutti i Comuni della provincia hanno almeno una scuola dell'infanzia situata sul proprio territorio. Per quanto riguarda l'area del disagio, non sono disponibili dati quantitativi, ma si conferma che, attraverso l'azione di apposito Gruppo Operativo Provinciale, l'Ufficio Scolastico Provinciale di Rimini promuove iniziative di formazione - rivolte ai dirigenti scolastici, al personale docente e ATA, ai genitori e agli studenti - finalizzate alla lettura e al riconoscimento dei fenomeni nel loro sorgere.

Nell'anno scolastico 2007/08 hanno frequentato le scuole dell'infanzia 8.196 bambini, la totalità dei bambini residenti in età compresa tra i 3 e i 5 anni. Dall'anno scolastico 2000/01 la popolazione scolastica delle scuole dell'infanzia è cresciuta del 14% (+1.000 alunni). Anche per i prossimi anni la popolazione è prevista in crescita.

2.4 Il problema casa

Il complesso del patrimonio abitativo²⁹ della provincia di Rimini si articola su oltre 51.000 edifici per complessive 132.816 abitazioni (in 51.063 edifici), che per l'82% risultano occupate (di cui nell'1,7% abitate da cittadini non residenti) e per la rimanente parte generalmente a disposizione per l'uso turistico (dati all'ultimo censimento).

Ne risulta un patrimonio prevalentemente di proprietà³⁰, in buono stato di conservazione e in linea con gli standard abitativi.

²⁹ FONTE: ISTAT – CENSIMENTO GENERALE DELLA POPOLAZIONE E DELLE ABITAZIONI. ANNO 2001

³⁰ Anche per quanto riguarda gli immigrati stranieri si stima che il 49,3% degli immigrati disponga di una abitazione in proprietà, mentre il restante 50,7% risulta in affitto

Sul fronte dell'edilizia residenziale pubblica³¹ (E.R.P.) si segnala un patrimonio di 1.940 unità abitative di cui 1.809 (dato riferito al 31.12. 2006) effettivamente occupate. Attualmente sono in cantiere 424 nuovi alloggi, la cui consegna è prevista entro il 2010.

Più della metà (54%) degli assegnatari (a capo di altrettante famiglie) è ultra65enne, gli ultra80enni sono il 16% .Il canone medio di affitto è di 123,33 euro mensili.

Per oltre il 98% i nuclei assegnatari sono italiani, tra le famiglie non italiane si segnalano quelle provenienti da Marocco, Tunisia, Albania.

Uno dei problemi persistente nel territorio è l'elevato costo dei canoni di locazione, al quale si cerca di porre rimedio attraverso il fondo sociale per l'affitto, contributo erogato dai comuni ai cittadini meno abbienti. Nell'anno 2002 il fondo ha registrato 2.192 domande.

2.5 Il ruolo della socialità

Privato sociale e associazionismo. Sul fronte dei cittadini che operano in modo spontaneo e gratuito, espressione concreta dell'impegno, del pluralismo e della solidarietà della società civile, la provincia di Rimini detiene un vero e proprio patrimonio, spesso non visibile, fatto di saperi ed attività di centinaia di uomini e donne impegnati nelle diverse forme di cittadinanza attiva.

Le persone che operano in modo spontaneo e gratuito nelle tante **organizzazioni di volontariato** (Odv) e nelle **associazioni di promozione sociale** (Aps) del territorio, sono realtà in forte crescita. Ad esse si aggiungono le **cooperative sociali**, anch'esse impegnate a perseguire un interesse che non riguarda solo i soci bensì l'intera collettività, in particolare quella parte che manifesta problemi di integrazione e inserimento nel mondo del lavoro.

Il capitale sociale. Nella provincia si compone di 384 organizzazioni sociali di cui 196 di volontariato (ODV), 83 di promozione sociale (APS), 76 cooperative sociali che operano nei settori di intervento più svariati: ambiente e natura, cultura, arte, educazione, immigrazione, salute, sport, tutela dei diritti, ecc.

Oltre ai 21 Centri sociali anziani con 11.369 aderenti, sono presenti sul territorio provinciale 8 Centri sociali per giovani, nei quali i ragazzi possono trovare spazi che vanno dalle sale prove attrezzate, alle emeroteche-fonoteche-videoteche, alle sale polifunzionali per riunioni, feste ed eventi, punti ristoro, alle sale multimediali con accesso ad internet, ludoteche.

³¹ Fonte: Acer - Rimini

3. Il territorio tra bisogni e risorse: principali tendenze e criticità

3.1 Una solidità da ricostruire; 3.2 Principali tendenze e criticità

Una programmazione che fissa gli indirizzi e priorità non può prescindere dalla conoscenza della realtà territoriale, della comunità, dei servizi.

3.1 Una solidità da ricostruire

L'analisi condotta nel 2007 attraverso l'Osservatorio sulla qualità della vita conferma il tendenziale logoramento delle condizioni di vita percepite della popolazione riminese.

Pur nell'elevato standard qualitativo di questa provincia (il 76% giudica molto o abbastanza buona la qualità della vita), caratterizzata da una buona qualità ambientale e da una soddisfacente rete di servizi socio-sanitari, si evidenzia per il secondo anno consecutivo una calo della soddisfazione dei cittadini in merito alle condizioni di vita, oltre ad un diffuso pessimismo economico circa il mantenimento delle attuali condizioni materiali, ancora largamente apprezzate.

Continua a crescere l'attenzione rispetto al tema della sicurezza, da parte dei cittadini di questa provincia, che infatti richiamano interventi prioritari proprio su questo tema.

Alla Provincia i riminesi richiedono poi, oltre alle 'scontate' azioni in materia di mobilità, questione sempre 'in auge', di fornire assicurazioni, oltre che in materia di ordine pubblico, sulle prospettive economiche e lavorative e circa il potenziamento/mantenimento dell'elevato standard di servizi socio-sanitari.

In termini **valoriali**, questo quadro si riflette in una diffusa tendenza al ripiegamento, particolarmente evidente nella crescente sfiducia nelle potenzialità di ripresa del Paese e da un ridotto investimento fiduciario nelle giovani generazioni.

Cominciano inoltre a vacillare alcune peculiarità virtuose rilevate nel corso del primo anno di analisi, con una tendenziale **omologazione al dato nazionale**, particolarmente spiccata con riferimento al 'senso patrio' e all'apertura nei confronti del fenomeno immigratorio, valori in calo in questo territorio rispetto al 2005.

3.2 Principali tendenze e criticità

Appare forte il senso di appartenenza alla comunità locale e ai legami di prossimità. Emerge in modo consistente l'importanza del sostegno delle reti, del rapporto tra la propria comunità e l'ambiente naturale, percepito come una risorsa e come un fattore di identificazione. Per quanto riguarda le relazioni tra gli attori sociali viene spesso sottolineata la ricchezza del tessuto associativo, accanto ad una necessità di maggior coordinamento tra le realtà associative. Il profilo porta in luce la percezione di una necessità di maggiori opportunità per i giovani anche per rinsaldare i rapporti tra le generazioni. Si acuisce la differenza tra chi può godere del sostegno della famiglia e di una rete relazionale e chi è solo.

La vita media della popolazione si è allungata, sono cambiati profondamente i bisogni assistenziali, ci si è orientati sempre di più verso una presa in carico personalizzata e globale della persona, vi è stato un aumento della natalità soprattutto grazie alle nascite di bambini stranieri che richiedono nel tempo un ripensamento nella rete dei servizi.

Di seguito, si elencano, per tentativo di sintesi, i problemi maggiormente ricorrenti nella percezione delle persone coinvolte:

- Anziani, con particolare riferimento ai bisogni di assistenza legati alla non autosufficienza, alle fragilità, alla solitudine;
- Salute mentale, disagio psichico e dipendenze patologiche;
- Disabilità;
- Crisi nelle relazioni familiari (dialogo intergenerazionale) e di coppia;
- Mobilità e trasporto verso servizi pubblici;
- Disagio giovanile;
- Disagio sociale, economico, lavorativo, abitativo.

Il profilo rappresenta uno strumento originale che offre una chiave di lettura per mettere in discussione e rielaborare il nostro welfare locale.

Capitolo III “Indirizzi e priorità strategiche per i Piani di Zona Distrettuali per la salute e il benessere sociale”

3.1 Aree di intervento strategico; 3.2 Interventi per la non autosufficienza; 3.3 Indirizzi e strategie per il Piano Attuativo Locale (P.A.L.); 3.4 I programmi provinciali in area sociale; 3.5 I programmi formativi e di riqualificazione degli operatori; 3.6 Lo sviluppo di interventi integrati con altre politiche con impatto su salute e benessere; 3.7 Obiettivi da raggiungere nel triennio; 3.8 L'individuazione delle priorità degli investimenti da finanziare ai sensi dell'art. 48 della L.R. 2/2003

3.1 Aree di intervento strategico

Premessa

La centralità del problema dell'integrazione socio-sanitaria, la cui ragione d'essere (tendenza al benessere psicofisico della popolazione, quadro epidemiologico con aumento delle malattie croniche, necessità di risposte multidimensionali, ecc.) si riscontra in tutta la più recente normativa e letteratura, è sempre stata all'attenzione della programmazione locale del territorio riminese che continuerà ad impostare risposte e servizi con l'obiettivo di integrare le competenze di attori diversi (pubblici e privati) e di professionalità differenti.

Gli interventi prioritari sui quali progettare modelli innovativi riguardano:

- il sostegno al lavoro di rete e di comunità;
- i percorsi rivolti alla domiciliarità in tutte le sue forme in un'ottica di potenziamento quantitativo e qualitativo, dell'offerta;
- la residenzialità sperimentando anche forme organizzative innovative e flessibili;
- la promozione della continuità assistenziale nei differenti contesti di cura;
- la diversificazione della disponibilità dei servizi e dell'assistenza;

Si precisa che parte delle indicazioni strategiche relative alle tematiche affrontate sono già contenute negli Accordi di Programma stilati tra Enti locali, Provincia e Azienda con l'adesione e il coinvolgimento del terzo settore e del privato sociale e costituiscono pertanto obiettivi di ambito distrettuale.

Di seguito, verranno argomentate le tematiche che hanno costituito il lavoro di partecipazioni e di ascolto, sulle quali sarà necessario orientare la programmazione del prossimo triennio. Per ogni tematica sono ricompresi gli elementi generali scaturiti dal lavoro di partecipazione del terzo settore sia a livello provinciale che di C.T.S.S..

A. *Disabilità fisica e mentale*

La presenza di bisogni complessi e la necessità di assicurare percorsi integrati richiamano all'esigenza di orientare la programmazione verso:

- il sostegno alla domiciliarità, pensando forme innovative a supporto dei familiari o dei *caregiver*;
- il rafforzamento del sistema di accesso ai servizi e presa in carico;
- un'attenzione particolare alla mobilità, l'accessibilità e la vita indipendente dei soggetti disabili, in particolare per quanto riguarda i percorsi volti all'accompagnamento al lavoro e alla vita sociale, promuovendo il lavoro di rete e di comunità, affermando la necessità di sostenere, valorizzare e promuovere le attività per il tempo libero;
- porre attenzione alle azioni volte a favore dei soggetti in condizione di fragilità e/o a rischio di esclusione attraverso la costruzione di una rete di contatto attivo e di sostegno;
- consolidare, qualificare e differenziare la rete dei servizi residenziali e semiresidenziali a livello territoriale.

Accreditamento: si rende necessario, per i soggetti istituzionalmente competenti per l'ambito distrettuale, attrezzarsi per preparare ed avviare il processo di transizione per il rilascio dell'accREDITAMENTO transitorio e provvisorio. L'accREDITAMENTO interpreta una nuova modalità di rapporto fra soggetti pubblici e privati: i primi titolari della funzione di programmazione, a cui

partecipa anche il terzo settore come previsto dall'art. 20 della L.R. 2/2003, e di committenza, i secondi chiamati a rispondere all'esigenza dei soggetti pubblici di poter disporre di produttori di servizi dotati di una specifica competenza tecnico-professionale, organizzativa ed imprenditoriale qualificata sulla base di criteri e requisiti, che vengono "certificati" proprio attraverso l'accreditamento. In tal modo, anche i soggetti privati entrano a pieno titolo all'interno delle dinamiche della costruzione del welfare locale. Pertanto, il sistema di accreditamento deve essere coerente con la programmazione regionale e zonale, che definisce il rapporto fra domanda ed "offerta" garantendo, nel rispetto del principio di appropriatezza, la definizione del fabbisogno di servizi, prestazioni, dotazioni stimate come necessarie. La programmazione zonale deve articolare l'offerta rispetto al fabbisogno stimato tenendo conto delle peculiarità tipiche del territorio di riferimento. Esiste, quindi, una stretta correlazione tra programmazione del fabbisogno sociale e socio-sanitario ed il rilascio dell'accreditamento tenendo conto dell'offerta dei servizi già esistente e, in particolare, della struttura e dei servizi erogati da Enti pubblici presenti nel territorio ai quali andrà riconosciuto prioritariamente il ruolo esercitato.

Nel corso del triennio si darà avvio al lavoro per la stesura, a livello Distrettuale, dell'accordo di programma sulla disabilità fisica e sensoriale.

B. Salute mentale e dipendenze patologiche

*Una politica di salute mentale e di contrasto alle dipendenze patologiche non si esaurisce in indicazioni relative ai soli sistemi di cura per quanto fondamentali essi siano*³².

- ◆ **Salute mentale** - La salute mentale è un concetto più vasto della semplice assenza di malattia e la sua tutela chiama direttamente in causa molteplici attori istituzionali e non, con il compito di costruire quella rete di relazioni e porre in atto quelle azioni finalizzate alla prevenzione, alla promozione della salute alla integrazione delle attività sanitarie, sociosanitarie e sociali³³. La programmazione deve realizzare nuove forme di progettazione dei servizi con particolare riferimento alle attività di miglioramento della qualità di vita dei cittadini in trattamento, nei suoi aspetti relazionali e sociali, anche attraverso attività di prevenzione specifica, secondo una concezione allargata di benessere.

È necessario definire percorsi di prevenzione, diagnosi, cura, assistenza e riabilitazione delle persone con disturbo psichico e mentale, attuando programmi individualizzati e garantendo la continuità assistenziale. È auspicabile che in ogni punto dei servizi della rete, ci sia l'ascolto e l'accoglienza della persona che vi si rivolge, l'analisi dei suoi bisogni ed eventualmente l'invio al servizio di competenza.

Bisognerà porre attenzione alle famiglie disfunzionali e multiproblematiche o per le quali si renda difficile una presa in carico da parte dei servizi, anche attraverso un lavoro di rete con le realtà del terzo settore.

Si dovrà agire per "costruire programmi" volti a diminuire il fenomeno del "drop out", per quei cittadini che, seppur affetti da disturbi gravi, si allontanano dai servizi e che per problematiche connesse alla patologia rinunciano a opportunità di cure adeguate.

Si rimanda, inoltre, a quanto già definito in sede di approvazione, a livello Distrettuale, dell'Accordo di programma specifico.

- ◆ **Dipendenze patologiche** – I dati disponibili³⁴ evidenziano un quadro delle dipendenze patologiche caratterizzato da nuove forme di consumo ricreazionale e da un abbassamento

³² Fonte: PSSR 2008-2010

³³ Cfr. cap. 6.1 del PSSR 2008-2010, p. 155

³⁴ Si veda "Rapporto 2007 su consumo e dipendenze da sostanze in Emilia Romagna" e relativi confronti contenuti nel Cap. 2 del presente Atto.

dell'età in cui avviene l'incontro con le sostanze, un incremento dei fenomeni legati ai disturbi del comportamento alimentare, al gioco d'azzardo, all'abuso di alcol e fumo.
L'uso di sostanze è diventato una "normalità" che ha creato una situazione di "non percezione del pericolo" e quindi di maggior rischio di dipendenza.

È necessario coordinare gli interventi tra i servizi, definendo percorsi di diagnosi, cura e riabilitazione.

Lavorare per consolidare forme organizzative capaci di forti connessioni con la realtà sociale (es. sistema a rete) capaci di diversificare le possibilità di accesso per i vari target di utenza ponendo attenzione anche nei riguardi della popolazione straniera.

Rilevanza assumono gli interventi di reinserimento sociale, anche nei confronti dei soggetti detenuti, di inserimento lavorativo, di costruzione di reti contro l'esclusione sociale.

Consolidare percorsi di prevenzione, soprattutto nei confronti del mondo giovanile promuovendo la salute nei luoghi del divertimento.

Nel corso del triennio si darà avvio al lavoro per la stesura, a livello Distrettuale, dell'Accordo di programma specifico.

C. *Esclusione sociale e disuguaglianze*

I dati evidenziano una povertà che si sta diversamente caratterizzando e che vede da una parte soggetti con bisogni multidimensionali e che richiedono modalità di intervento complesse: persone in stato di povertà estrema e senza domicilio, nuclei familiari problematici, etc..

Dall'altro lato, ci sono le cosiddette "nuove povertà" che denotano situazioni di sofferenza che se non affrontate possono aggravarsi: si tratta di persone con potenziale rischio di esclusione, con basse pensioni o retribuzioni, soggetti che fanno fatica a riconoscersi come utenti dei servizi sociali, nuclei familiari mono reddito e nuclei monogenitoriali a basso reddito. Le persone povere si connotano, quindi, per essere vulnerabili.

Si tratta, pertanto, di promuovere interventi di politica integrata di prevenzione e di contrasto alla povertà e all'esclusione sociale, programmi per l'inserimento sociale delle fasce svantaggiate, e ai soggetti detenuti volti al loro reinserimento in società.

Le situazioni di disagio e vulnerabilità possono essere contenute se la persona può contare su una rete sociale solida capace di "attutire" eventi avversi.

Sarà necessario, in particolare, favorire progetti finalizzati alla individuazione delle strategie e degli interventi rivolti alle donne che subiscono violenza e alle iniziative per il contrasto del fenomeno della prostituzione, della tratta per fini di sfruttamento sessuale e lavorativo.

D. *Minori e responsabilità familiari*

Il sostegno ai minori e alle responsabilità familiari è parte integrante della programmazione in ambito sociale e sanitario.

Emerge la necessità di costruire un quadro articolato che consideri la famiglia ed il minore in tutte le loro dimensioni, compiti, funzioni, bisogni ed eviti riduzioni semplicistiche del ruolo e delle responsabilità, attraverso il sostegno alla genitorialità ponendo attenzione ai percorsi di accoglienza e presa in carico in tutte le sue forme.

Dal punto di vista culturale è necessario organizzare servizi che si propongono come punti di aggregazione volti al superamento della solitudine che spesso accompagna la famiglia, le neo mamme, in particolare al momento della nascita e nei primi mesi di vita del bambino. In questo ambito, assume rilevanza anche il sostegno alla procreazione responsabile e alle scelte di maternità, andando ad individuare forme specifiche di sostegno alla genitorialità integrate con l'attività dei centri per le famiglie.

Si dovrà prioritariamente lavorare per dare attuazione a quanto già indicato negli Accordi di Programma sottoscritti a livello Distrettuale dove emergono iniziative, funzioni e reti per lo sviluppo della programmazione strategica.

Si è posto l'accento sulla necessità di rafforzare l'integrazione tra gli interventi di natura sociale, educativa, scolastica e sanitaria al fine di valorizzare le competenze e le specificità degli attori della rete locale, rispetto ai temi di seguito elencati:

- Politiche familiari,
- Accoglienza e presa in carico,
- Integrazione scolastica e formativa,
- Bambini e adolescenti con bisogni speciali e in condizioni di vulnerabilità.

E. Anziani

L'invecchiamento della popolazione rappresenta una importante conquista e al tempo stesso una sfida per la comunità che richiede un nuovo approccio integrato che affronti insieme i problemi di cura, dell'assistenza, dell'abitare, della mobilità, dei servizi, della cultura, del tempo libero e del turismo.

La programmazione dovrà essere orientata prioritariamente a:

- promozione degli interventi a sostegno della domiciliarità, assicurando la continuità assistenziale, anche attraverso la valorizzazione del lavoro di cura e di sostegno alle famiglie dando piena attuazione agli Accordi di Programma tematici già sottoscritti a livello Distrettuale;
- potenziamento e riequilibrio sul territorio di posti residenziali e semi-residenziali adeguando progressivamente la dotazione agli standard regionali, ponendo attenzione alla popolazione affetta da demenza e con gravi sintomi psico comportamentali associati;
- raggiungere l'obiettivo di assicurare l'omogeneizzazione delle prestazioni sanitarie nella rete dei servizi per anziani non autosufficienti (Circ. Regione E.R. n. 7 del 25/06/2007);
- promozione della salute, dell'agio e delle relazioni, favorendo il mantenimento delle capacità di autonomia e relazionali anche attraverso l'eventuale coinvolgimento delle ASP;
- sostenere la rete dei servizi, anche attraverso la sperimentazione di risposte innovative volte al potenziamento e qualificazione dei punti di accesso ai servizi;
- accreditamento: si rimanda a quanto già riportato precedentemente alla voce disabilità fisica e mentale.

E' opportuno, inoltre, porre attenzione alle azioni volte a favore della popolazione in condizioni di fragilità e/o a rischio di esclusione.

Ulteriori approfondimenti sono ricompresi nel focus specifico allegato al Profilo di Comunità e al Piano relativo al Fondo regionale per la Non Autosufficienza.

Tematiche trasversali

I bisogni non sono solo quelli primari legati alla salute, alla cura e all'assistenza ma anche una domanda crescente di problematiche trasversali legate alla casa, lavoro, mobilità, socialità, formazione e informazione, cultura e comunicazione, domande che investono i soggetti pubblici in misura decisamente crescente rispetto al passato, sulla quale, per poter dare risposta è necessario intraprendere percorsi di grande collaborazione tra attività, risorse ed iniziative del pubblico e del privato.

Di seguito, sono proposte alcune indicazioni da perseguire relative ad alcuni temi (altri sono riportati nel cap. 3.6) trattati trasversalmente nell'ambito del lavoro delle "interviste collettive finalizzate"³⁵.

A. Immigrazione

Il fenomeno dell'immigrazione, nel nostro territorio, sta strutturalmente cambiando, negli ultimi anni si assiste all'aumento dei ricongiungimenti familiari e al conseguente aumento della popolazione straniera di seconda generazione. Tanto è che l'incremento nei tassi di nascita regionali, così come quelli nazionali, sono per lo più dovuti appunto ai nuovi nascituri immigrati.

³⁵ Si veda Introduzione del presente Atto.

I cambiamenti strutturali del fenomeno sono quindi di carattere quantitativo piuttosto che qualitativo e vanno ad incidere inevitabilmente sulla richiesta di assistenza e sulla necessità di promuovere occasioni di partecipazione alla vita pubblica locale.

Come enunciato dal PSSR, i bisogni-criticità sui quali si dovrà lavorare sono:

- sviluppo di reti relazionali e informative;
- soluzioni volte affrontare il disagio sociale, lavorativo, abitativo, ecc....;
- interventi rivolti ai minori non accompagnati.

Per gli approfondimenti relativi al target specifico si rimanda ai precedenti paragrafi.

B. Lavoro

Il lavoro non ha solo una valenza economica, inteso, cioè, solo come fonte di reddito, ma ha anche una valenza espressiva, quale presupposto per la costruzione della propria identità, della dignità e quale strumento di integrazione sociale che delinea i diritti di cittadinanza.

A tal fine, si dovrà rafforzare la rete tra le realtà istituzionali e non, con l'obiettivo di individuare i bisogni connessi alle nuove forme di disagio (soggetti con svantaggio e con bisogni non formalizzati e non riconducibili a categorie di disagio classicamente riconosciuto), intervenendo con opportuni interventi multidimensionali e pluridisciplinari, ottimizzando l'uso più efficace delle risorse economiche pubbliche.

Va sottolineata e richiamata la forte attenzione in merito alla salute e alla sicurezza nei luoghi di lavoro, attraverso la verifica e la puntuale applicazione di protocolli e della normativa in materia.

Dovranno mettersi in campo politiche che assicurino la qualità delle prestazioni garantendo altresì il pieno rispetto delle normative in materia di lavoro.

Si rimanda inoltre all'attuazione dell'Accordo di Programma tematico sottoscritto a livello provinciale nonché all'accordo provinciale per l'inserimento dei diversamente abili.

C. Sicurezza e Coesione sociale

Nella programmazione si dovrà promuovere l'integrazione degli interventi per garantire coesione sociale e sicurezza, nei diversi ambiti di vita: dall'ambiente domestico a quello pubblico, dalle strade ai luoghi di lavoro, dando quindi anche risposta alla percezione di apprensione e insicurezza operando per costruire una rete di luoghi e relazioni sicuri, valorizzando la ricchezza del capitale sociale.

Si ritiene, dunque, necessario prefiggersi alcuni obiettivi:

- accrescere le pari opportunità e tutelare i gruppi sociali più vulnerabili;
- favorire l'occupazione, la formazione e i diritti dei lavoratori;
- garantire un livello sufficiente di tutela in materia di sicurezza sociale;
- lottare contro l'esclusione e la discriminazione.

Le tematiche che prioritariamente dovranno essere oggetto di discussione sono: le "reti comunitarie" (famiglia, vicinato urbano e parente, volontariato), la capacità delle aziende di produrre capitale sociale, i modelli di *governance* del territorio e dei processi produttivi e la concertazione.

D. Casa

Quello abitativo è uno degli elementi che si configura come "determinante" in un discorso di welfare locale e che richiede una forte attenzione da parte del pubblico.

Il "problema casa" è un elemento forte su cui si giocano i percorsi di impoverimento progressivo a partire dal fatto che la perdita o la mancanza della stessa può costituire un fattore che sta a monte o a valle dei processi di vulnerabilità.

E' difficile trattare il tema casa separato dalle altre variabili relative al discorso sulle povertà: senz'altro la precarietà del lavoro rende difficile pagare gli affitti con regolarità, acquistare una casa; vi è di certo un nesso tra la crescita di povertà e la difficoltà di pagare l'affitto così come riesce difficile pagare affitti o mutui in situazioni di malattia.

L'impegno, quindi, dovrà essere rivolto a ricercare tutte le forme possibili volte ad agevolare l'accesso alla casa alle fasce più deboli (anziani, famiglie monoreddito, donne sole con figli minori, ecc...), attivando a tal scopo le risorse e le opportunità offerte a livello nazionali e regionali in materia.

La casa è un tema che deve essere affrontato trasversalmente da tutti i soggetti che hanno una responsabilità sociale nella consapevolezza che rappresenta un bene primario. Si reputa opportuno che venga valutata la possibilità di introdurre misure che incentivino la locazione degli alloggi a prezzi equi e sostenibili.

Va posta inoltre attenzione al tema degli alloggi per gli studenti universitari, in considerazione dello sviluppo e della progressiva espansione della Università riminese.

3.2 Interventi per la non autosufficienza

Come previsto dalla D.G.R. 509/2007 e dalla D.G.R. 1206/2007 la Regione assegna ai territori le risorse relative al Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (F.R.N.A.) e la C.T.S.S. le ripartisce tra i Distretti.

Ogni Distretto predispose un Piano Annuale delle Attività, redigendo di fatto un bilancio economico preventivo.

Il Comitato di Distretto esercita funzioni di governo relativamente alla programmazione di ambito distrettuale e il F.R.N.A. è una delle azioni strategiche per la costruzione del sistema regionale integrato dei servizi sociali e sanitari con carattere di universalità, fondato su principi di cooperazione e promozione della cittadinanza sociale, finalizzato ad assicurare il pieno rispetto dei diritti ed il sostegno della responsabilità delle persone, della famiglia e delle formazioni sociali.

Una lettura attenta e globale dei bisogni delle persone rappresenta il presupposto per promuovere il costante adeguamento e miglioramento degli strumenti, attraverso la flessibilità nell'uso delle risorse e nella attuazione degli interventi.

Le linee di intervento individuate quali prioritarie, sono:

- messa a regime del riequilibrio sul territorio del numero di posti residenziali e semiresidenziali adeguando progressivamente la dotazione agli standard regionali in termini quantitativi e qualitativi;
- promozione di risposte assistenziali innovative e flessibili, per garantire maggiore personalizzazione degli interventi, in particolare al sostegno alla domiciliarità e alla vita indipendente;
- sviluppo equilibrato e potenziamento delle opportunità di accesso al sistema dei servizi, di presa in carico e di sostegno alle famiglie;
- attivazione di programmi di prevenzione della fragilità e sostegno delle reti sociali;
- potenziamento dei programmi di emersione del lavoro di cura delle assistenti familiari e della loro qualificazione mediante percorsi formativi mirati e inserimento nella rete dei servizi;
- attivazione di progetti relativi al tema della mobilità;
- costruzione di attività territoriali a sostegno dei soggetti affetti da demenza e con gravi sintomi psico comportamentali associati.

Altro principio da garantire è quella della continuità assistenziale sia attraverso i percorsi di dimissione protetta sia quale attività di presa in carico ed accompagnamento del paziente da un contesto di vita e di cura all'altro; la continuità assistenziale deve prevedere la collaborazione ed il coinvolgimento fattivo dei diversi professionisti impiegati nella presa in carico del paziente.

Nell'area dei servizi a favore delle persone disabili il FRNA può contribuire allo sviluppo della rete regionale in alcune direzioni principali:

- promozione dello sviluppo più omogeneo della rete consolidata di offerta nei diversi ambiti territoriali al fine di garantire equità di intervento su tutto il territorio;
- promozione di risposte assistenziali innovative e flessibili, per garantire maggiore personalizzazione e flessibilità di intervento, in particolare nel sostegno alla domiciliarità e alla vita indipendente;
- potenziamento di progetti relativi al tema della mobilità;

Gli interventi sostenuti dal FRNA per i soggetti disabili che necessitano di un programma personalizzato di assistenza a lungo termine sono:

- assistenza domiciliare e territoriale individuale o di gruppo di carattere educativo o assistenziale con l'obiettivo di sostenere la persona ed i caregivers;
- laboratori e progetti in centri occupazionali;
- soluzioni residenziali e/o abitative innovative e alternative al ricovero residenziale per il sostegno di progetti di vita indipendenti;
- interventi per contrastare l'isolamento sociale e favorire la partecipazione attiva delle persone disabili.

Il sostegno diretto e indiretto della domiciliarità, infine, rappresenta una scelta strategica, da perseguire nell'utilizzo delle risorse, attraverso un riequilibrio anche tra tipologie degli interventi.

Il sostegno alla domiciliarità riguarda una pluralità di soggetti e una pluralità di politiche e non si esaurisce con l'attivazione e/o potenziamento di servizi domiciliari, riguarda la valorizzazione delle relazioni, supportando le risorse proprie di ogni persona, della rete familiare e della comunità locale.

3.3 Indirizzi e strategie per il Piano Attuativo Locale (P.A.L.)

Premessa

Il P.A.L. è lo strumento che traduce in interventi e servizi le linee programmatiche di ambito sanitario, con l'obiettivo di trasformare le istanze di salute ed assistenziali in azioni concrete attuabili da parte dell'Azienda Sanitaria, secondo quanto indicato nel Piano Sociale e Sanitario Regionale, nelle Direttive e Circolari Regionali, e così via.

Il P.A.L. che dovrà essere approvato dalla Conferenza, si caratterizza quindi come traduzione pluriennale dell'Azienda USL degli indirizzi contenuti nell'Atto della CTSS.

L'eterogeneità e la complessità dei bisogni impongono una riflessione sulle risposte possibili, sul consolidamento e sull'eventuale necessità di implementazione delle attività.

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

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

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

Le scelte del PAL dovranno basarsi su principi e orientamenti condivisi³⁶ anche a livello di Area Vasta e nello specifico su:

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

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

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

Il rapporto tra il PAL e i Piani di Zona Distrettuali per la salute e il benessere sociale è definito dalla coerenza e compatibilità, da un lato, di entrambi gli strumenti programmatori con l'Atto di Indirizzo, e, dall'altro, tra i contenuti specifici dei due documenti.

³⁶ Secondo quanto indicato anche dal Piano Sociale e Sanitario 2008-2010

3.3.1 Linee di programmazione ed ambiti strategici

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

La **capacità di accoglienza, di assistenza** ed i **servizi sanitari per l'emergenza** sono caratteristiche fortemente correlate al contesto socio economico di questo territorio e ne rappresentano un punto di elezione. Le principali linee operative sulla programmazione dei servizi sanitari dovranno considerare l'Area Ospedaliera, Territoriale e dell'Integrazione; tali aree dovranno spingersi nell'individuare le tematiche che dovranno essere circostanziate nel PAL stesso.

Visti i dati emersi dal Profilo e considerato l'andamento e la dislocazione storica dei servizi del territorio riminese, qui di seguito, vengono riportati i temi, di interesse prioritario, dei quali il PAL si dovrà occupare.

L'assistenza ospedaliera

Nell'ottica dello sviluppo di un sistema ospedaliero reticolare dove si riconosca la specificità dell'ospedale nelle caratteristiche di intensità e complessità dell'attività, si dovrà porre attenzione:

- a) *emergenza-urgenza* in relazione a:
 - o innovazione strutturale ed organizzativa (DEA a Riccione e Rimini);
 - o riorganizzazione del servizio di continuità assistenziale e dell'attività di assistenza medica turistica.

Una forte presenza di turisti in estate, un turismo fieristico e congressuale esteso sull'intero arco dell'anno, forti oscillazioni di presenze nei fine settimana: tutto ciò esige un'offerta di servizi, in particolare di pronto soccorso, efficienti e dinamici.

Si dovrà monitorare costantemente l'organizzazione relativa al servizio di assistenza medica turistica, soprattutto nel periodo estivo che rimane quello più critico.

- b) *maternità-infanzia*

il territorio vanta un incremento delle nascite superiore alla media regionale (dovuta soprattutto alle "nuove nascite straniere"), distinguendosi quale punto di eccellenza nella messa a disposizione di professionalità che intervengono sul territorio dell'Area Vasta Romagna. Si dovranno sostenere i punti di forza e mantenere attivi i progetti di prevenzione e sostegno alla genitorialità. L'assetto organizzativo dovrà essere rimodulato in base alle necessità di razionalizzazione dell'offerta e della elevata professionalità.

Si dovranno definire programmi integrati affinché siano svolte attività in sinergia tra professionalità e settori diversi (es. integrazione ospedale – territorio) e i percorsi dovranno integrarsi con l'attività territoriale dei Consulenti Familiari, garantendo l'assistenza all'età pediatrica e alla gravidanza.

- c) *attività chirurgica*

si dovrà promuovere la qualificazione delle U.O. Chirurgiche dell'Azienda e la razionalizzazione degli spazi operatori nei presidi ospedalieri.

- d) *processo di specializzazione*

è necessario procedere alla continua qualificazione professionale e all'attivazione di funzioni ad elevato impatto tecnologico.

L'assistenza territoriale

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

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

Sul versante dell'erogazione dei servizi di cura, è necessario strutturare l'organizzazione in modo da poter accogliere la persona nella sua globalità.

I bisogni tendono ad essere più complessi e differenziati e la risposta deve essere sempre più individualizzata.

La rete integrata

Assistenza Primaria

Uno degli obiettivi strategici che segnano la linea evolutiva dell'assistenza è quello che passa attraverso la riorganizzazione dei servizi territoriali ed in particolare la costituzione dei Nuclei delle Cure Primarie che, in sintonia con l'accordo regionale incarnano la sede elettiva di una organizzazione sanitaria capace di individuare ed intercettare il bisogno di salute dei cittadini e di offrire risposte appropriate in termini di accessibilità dei servizi, appropriatezza nell'utilizzo delle prestazioni e l'integrazione professionale ed organizzativa, riconoscendo la centralità del ruolo del Medico di Medicina Generale nella gestione delle cronicità.

Maternità-infanzia

Si dovranno promuovere interventi a favore di:

- percorso nascita;
- pediatria di comunità
- qualificazione tecnica costante.

Le demenze

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

Salute mentale e dipendenze patologiche

L'attività di organizzazione e programmazione dell'attività dovrà essere orientata sia alla promozione della salute mentale secondo una concezione allargata al benessere psicologico, relazionale e sociale e alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione del disagio psichico, del disturbo mentale sia al contrasto alle dipendenze patologiche nell'intero arco della vita.

Sanità pubblica

Occorre sviluppare competenze e capacità professionali su temi di alta complessità, al fine di fornire alla comunità servizi di vigilanza e controllo; l'integrazione tra i servizi diventa fondamentale per la realizzazione delle nuove funzioni specifiche del Dipartimento di Sanità Pubblica secondo quanto richiamato dai documenti Regionali.

Cure palliative

La rete delle cure palliative dovrà concentrarsi sui nodi legati alla residenzialità territoriale e all'assistenza domiciliare integrata.

Sportelli Unici Distrettuali

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

Specialistica ambulatoriale

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

Prevenzione

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

- nel campo della tutela alimentare (sicurezza alimentare) in considerazione della realtà socioeconomica che fa del turismo e della ristorazione un cardine della propria offerta produttiva,
- nella medicina del lavoro (prevenzione degli infortuni),
- nella diagnosi precoce (screening oncologico),
- promozione di corretti stili di vita in contrasto ai rischi legati all'organizzazione dell'ambiente urbano e costruito,
- nella copertura vaccinale.

L'integrazione socio sanitaria e le aree trasversali

a) Integrazione socio sanitaria

Il tema dell'integrazione socio sanitaria costituisce il filo conduttore nella programmazione, che si esplicita maggiormente in alcuni settori specifici di intervento.

La rete dei servizi sanitari e socio-assistenziali, la cui realizzazione coinvolge l'Azienda USL ed Enti Locali, dovrà attivare modalità programmatiche comuni e condivise, prioritariamente in:

- q Residenzialità e semi residenzialità
- q Continuità Assistenziale
- q Attività a sostegno della domiciliarità

b) Integrazione Pubblico - Privato

L'obiettivo è quello di costruire una rete che garantisca la migliore risposta in termini di servizi erogati attraverso uno sviluppo armonico del contesto territoriale, sviluppando una co-responsabilizzazione delle varie forze sociali ai problemi della salute della popolazione.

c) Il governo clinico

Uno degli obiettivi del governo clinico è la definizione dei percorsi assistenziali per fornire una risposta globale alle esigenze del paziente attraverso una serie di azioni cliniche e assistenziali correlate.

3.3.2 Gli investimenti strutturali e tecnologici

L'attenzione alla qualità dei servizi sanitari non può prescindere dalla necessità di investimenti strutturali e tecnologici intesi quali caratteristiche fondamentali per migliorare il livello di accoglienza, di cura e di accessibilità.

3.3.3 Il ruolo in Area Vasta Romagna

L'Azienda USL eserciterà ruolo strategico nella programmazione di Area Vasta. L'integrazione non dovrà costituire semplicemente una scelta organizzativa ma l'attuazione di una concezione della relazione tra servizi e cittadino in un contesto di crescente complessità organizzativa e tecnologica.

La scelta strategica dell'integrazione di Area Vasta verrà confermata come strumento per consolidare e sviluppare le prerogative di autonomia dei territori, nella programmazione e nella organizzazione dei servizi e delle funzioni sanitarie rientranti nei confini della cosiddetta autosufficienza territoriale, in un quadro di coerenza sovra aziendale capace di assicurare la massima sostenibilità economica ad un sistema sanitario che persegue l'equità di accesso ad una gamma di servizi completa e di qualità adeguata.

Per il sistema sanitario i costi da sostenere, per rispondere alla domanda e per assicurare la disponibilità di servizi di adeguata qualità, saranno sostenibili solo nella misura in cui sarà capace di realizzare profonde innovazioni nella programmazione, nell'organizzazione, nella gestione e nelle modalità di produzione dei servizi.

L'integrazione dei servizi sanitari ospedalieri dovrà avvenire sfruttando le migliori condizioni possibili in modo tale da perseguire, ogni qual volta sia possibile e opportuno, dovrà sussistere nella prossimizzazione dell'assistenza a livello distrettuale.

Sarà necessario dare attuazione a forme di concentrazione funzionale e strutturale, oltre a quanto già in corso relativamente alla centrale operativa 118, all'officina trasfusionale e alla logistica farmaceutica, al laboratorio analisi, all'IRST e al coordinamento professionale.

Il fine è quello di assicurare al sistema romagnolo equità di accesso ad una gamma di servizi completa e di qualità adeguata allo stato delle conoscenze scientifiche ed alle aspettative della popolazione, nella ricerca, attraverso la coerenza gestionale sovra-aziendale, della massima sostenibilità economica per il sistema sanitario.

L'organizzazione Hub & Spoke³⁷ in tale ambito è finalizzata a garantire dai punti di accesso ai centri di erogazione delle prestazioni ad alto rischio, alto costo e alta tecnologia, un elevato livello di qualità dei servizi clinicamente ed organizzativamente appropriati.

³⁷ Il modello Hub & Spoke prevede la valutazione delle potenzialità dei vari centri e la concentrazione della produzione più complessa nei centri di eccellenza (Hub), e la definizione delle procedure di invio dai centri periferici di minore specializzazione (Spoke), nel caso in cui i pazienti superino la soglia di complessità predefinita degli interventi possibilmente effettuabili in sicurezza in quel centro. In questo caso, l'integrazione diviene fondamentale per sfruttare al massimo le potenzialità di risposta dei vari punti mantenendo l

'omogeneità, su tutto il territorio della qualità della prestazione erogata poiché in questo modo, in qualunque punto si acceda al sistema, le tecnologie e le professionalità messe a disposizione saranno le medesime.

3.4 I programmi provinciali in area sociale

3.4.1 Programma per la promozione di politiche di accoglienza e tutela dell'infanzia e della adolescenza

Nella definizione degli indirizzi per il prossimo Programma provinciale per la promozione di politiche di accoglienza e tutela dell'infanzia e della adolescenza, non si può prescindere dai più recenti documenti normativi regionali che costituiscono il risultato di una lunga stagione di riflessione e confronto sul tema della infanzia e della adolescenza. Riflessione tanto più opportuna, quanto più si considerino i mutamenti demografici e sociali, degli stili di vita e delle dinamiche relazionali che si ripercuotono criticamente nelle fasi di maturazione e di crescita delle giovani generazioni.³⁸

Il Piano Sociale Regionale nella parte seconda dedicata all'area delle politiche sociali, definisce un nuovo concetto di tutela dei soggetti in età evolutiva³⁹.

Si passa da una concezione di tutela come funzione espressa da alcuni soggetti a ciò deputati per scelta o ruolo professionale, ad una concezione più allargata che chiama in causa la struttura stessa della società e dei suoi luoghi, ed attribuisce all'intera collettività la responsabilità della sua attuazione.

Questo concetto riporta in maniera diretta al tema della connessione fra gli ambiti programmatori, alla necessità di dialogo fra l'ambito sociale e quello scolastico, formativo, culturale e più in generale agli ambiti dedicati ad orientare l'evoluzione degli aspetti strutturali della vita della città.

Alla luce di quanto sopra con il prossimo programma provinciale si intende recepire pienamente le indicazioni della L.R. 74/2008 - art. 20 nella direzione di:

- q promuovere il raccordo e l'integrazione tra le pianificazioni locali e la promozione di progetti distrettuali e di area vasta;
- q realizzare una economia di sistema, da perseguire anche promuovendo l'attuazione coordinata e congiunta di iniziative nell'ambito provinciale, al fine di prevenire fenomeni di frammentazione;
- q assicurare la qualificazione dei servizi attraverso la formazione permanente degli operatori e la supervisione delle équipe territoriali;
- q incentivare la diffusione delle buone prassi, anche mediante scambi interdistrettuali e provinciali.

Per quanto riguarda l'**adozione** si intende consolidare e qualificare il sistema di informazione, formazione delle coppie e degli operatori, il raccordo con gli Enti autorizzati per la adozione internazionale, il processo di specializzazione delle équipe centralizzate.

In particolare dovrà prestarsi attenzione alla fase post-adozione onde supportare adeguatamente le famiglie e limitare al massimo i fallimenti adottivi.

In tal senso l'impegno dei servizi dovrà essere orientato a:

- q fornire l'adeguato supporto affinché nelle famiglie si creino legami affettivi e filiali;
- q raccordarsi con gli operatori educativi e scolastici, allo scopo di creare le condizioni ottimali di accoglienza per il bambino adottato;
- q adoperarsi affinché sia garantita una adeguata accoglienza sanitaria e diagnostica del bambino, tenuto conto delle particolari condizioni di provenienza del bambino.

³⁸ I nostri riferimenti sono:

- il Piano sociale sanitario 2008-2010 approvato dalla Assemblea Legislativa R.E.R. con atto n. 175 del 22/05/08.
- la Direttiva in materia di affidamento familiare e accoglienza in comunità di bambini e ragazzi approvata con delibera di G.R. n. 846 del 11/06/2007
- la L.R. "Norme in materia di politiche per le giovani generazioni" approvata dalla Assemblea Legislativa R.E.R. con n.74 del 22/7/2008.
- Tralasciando le numerose e specifiche leggi di settore che qui si danno per acquisite, si richiamano tuttavia i quattro principi cardine della Convenzione internazionale sui diritti dell'infanzia e della adolescenza (approvata dalla assemblea Nazionale delle Nazioni Unite il 20 novembre 1989, ratificata da 191 Stati- mancano solo gli Stati Uniti e la Somalia) ratificata dall'Italia con la Legge 176 /91 :
- art. 2 Non discriminazione
- art 3 Interesse superiore del minore
- art. 6 Vita - sopravvivenza -Sviluppo
- art. 12 partecipazione - ascolto - rispetto

³⁹ "Il sistema integrato dei servizi per l'infanzia e l'adolescenza dovrebbe favorire il radicamento di una nuova rappresentazione sociale del concetto di tutela, che integri la consolidata valenza giuridica di difesa e salvaguardia con una connotazione più estesa e dinamica di benessere sociale. La funzione di tutela, oltre che in termini di protezione, viene anche assicurata dalla famiglia, dalla scuola, dai servizi, tramite un insieme di azioni che garantiscono lo sviluppo e la crescita armonica del bambino e l'incremento di una cultura dei diritti dell'infanzia e della adolescenza." (Piano sociale regionale pag.)

Per quanto riguarda **l'affidamento familiare**, si ritiene opportuno adoperarsi per dare attuazione alla direttiva regionale 846/2007 specie per quanto riguarda gli obiettivi di qualificazione del sistema di accoglienza locale. Nello specifico si propone di:

- q attivare il pieno coinvolgimento delle reti sociali costituite dalle famiglie e da rappresentanti del terzo settore, allo scopo di sensibilizzare la comunità sulla pratica dell'affido come valore solidale;
- q supportare i servizi nei compiti di accoglienza, valutazione, presa in carico dei bambini e lavoro sulle famiglie d'origine, attraverso una adeguata formazione e supervisione che supporti e faciliti le scelte dei percorsi d'accoglienza più adeguati al bambino ed alla propria famiglia;
- q promuovere le intese necessarie con i Comuni capofila di distretto e l'Az.USL al fine di favorire la tempestiva risposta degli operatori nelle situazioni di emergenza e di pronta accoglienza, e le relazioni con le reti familiari disponibili all'affidamento.

Per quanto concerne la **tutela**, gli obiettivi prioritari per il triennio sono riconducibili alla necessità di consolidare e qualificare gli interventi intrapresi con i Piani provinciali attivati a partire dal 2003, allo scopo di:

- q rafforzare la rete interistituzionale attraverso percorsi formativi che forniscano sensibilità e linguaggi comuni ed un metodo di lavoro condiviso;
- q consolidare i servizi multi professionali (équipe di secondo livello) per la gestione delle situazioni di maggior criticità sul piano dello sviluppo psico-fisico del bambino, sia sul piano dell'adeguatezza genitoriale;
- q promuovere la messa a punto di strumenti operativi (protocolli, intese, accordi) che disciplinino le relazioni fra le istituzioni e i compiti dei soggetti appartenenti alla rete di protezione dei minori.
- q coinvolgere il contesto educativo nel quale vive il minore (la scuola e il nido) per formare gli insegnanti e gli educatori che per il contatto continuo con i ragazzi e per la loro specifica funzione, possono essere osservatori privilegiati e captare situazioni di malessere;
- q promuovere iniziative che riguardino gli operatori della stampa e coinvolgano il sistema dei mezzi di comunicazione di massa, per aprire spazi di riflessione per una corretta informazione sui diritti dei bambini;

Per tutto quanto sopra la Provincia si avvale *del Coordinamento tecnico provinciale per la tutela e l'accoglienza* istituito ai sensi della citata Direttiva 846, nel quale sono ampiamente rappresentati tutti i soggetti pubblici e privati che agiscono a favore della infanzia e adolescenza. Nei confronti del Coordinamento, la Provincia fornisce il supporto tecnico, organizzativo e logistico avvalendosi dell'esperto giuridico in materia minorile.

3.4.2 Altri programmi provinciali in area sociale

La Provincia intende proseguire nella realizzazione di interventi specifici già avviati negli scorsi anni e previsti dai documenti di programmazione.

In particolare, proseguirà l'applicazione *dell'Accordo di programma provinciale per l'integrazione degli alunni in situazione di handicap* nel sistema scolastico e formativo della provincia di Rimini sottoscritto nel 2007 e valido per il periodo 2007-2012, nell'ambito del quale, grazie anche all'intervento diretto della Provincia, si finanziano interventi di supporto educativo-assistenziale volti a garantire la presenza di personale qualificato con funzioni educativo-assistenziali finalizzate a favorire e sviluppare l'autonomia e la capacità di comunicazione del ragazzo in situazione di handicap, la cui azione è complementare ma non sostitutiva di quella del docente di sostegno (quest'ultima professionalità è fornita dal Ministero dell'Istruzione.).

Inoltre, come previsto nell'Intesa Provincia di Rimini – RER (Del. C.P. n. 58/2007 più volte citata), si conferma l'interesse e l'attenzione della Provincia di Rimini, nei riguardi dei lavoratori e dei soggetti con disabilità e a rischio di esclusione sociale, attraverso l'attivazione di percorsi formativi e interventi da finanziare con l'ASSE III Inclusioni Sociale del FSE.

Nei confronti delle persone disabili si attiveranno interventi, anche in forma integrata con altri soggetti istituzionali e non che operano a livello territoriale (secondo quanto indicato dalla legge n. 328/2000), con l'obiettivo di mobilitare diversi strumenti: dall'istruzione, alla formazione e alle politiche per il lavoro.

Gli interventi di formazione professionale – in una logica di sistema integrato – saranno indirizzati a rimuovere le discriminazioni nell'accesso e nella stabilizzazione occupazionale e professionale all'interno

del mercato del lavoro e le cause di esclusione e discriminazione sociale, attraverso l'integrazione fra orientamento, accompagnamento, tutoraggio, strumenti di politica attiva, collocamento mirato, servizi sociali e sanitari.

Infine proseguirà una programmazione dei servizi sociali che assume quali obiettivi di fondo:

- q adoperarsi in politiche di prevenzione, accoglienza, abbattimento di barriere architettoniche e di pensiero, lavorare congiuntamente per rimuovere le aree della non regolarità nel lavoro, promuovendo strumenti atti a sensibilizzare gli enti pubblici ed il mondo imprenditoriale verso scelte sostenibili non solo sotto il profilo economico, ma anche sociale ed umano;
- q promuovere relazioni e stimolare il dibattito ed il confronto sulle tematiche sociali, favorire scambi e diffusione di buone prassi a più livelli, valorizzando le esperienze locali e al tempo stesso creando occasioni di conoscenza dalle quali possano scaturire nuove idee per gestire il cambiamento e adeguare il sistema dei servizi alla nuova domanda sociale;
- q garantire condizioni di sicurezza alla popolazione anziana, ai giovani, ai disabili, a tutte le fasce maggiormente esposte a condizioni di vulnerabilità, attraverso il sostegno a progetti e la diffusione di una cultura attenta ai valori della partecipazione e della qualità sociale.

3.4.3 Programma per le politiche della immigrazione

L'obiettivo complessivo del Programma provinciale è la promozione nel territorio di una cultura dell'accoglienza e dell'inclusione sociale attraverso lo sviluppo di azioni che consentano un reale inserimento degli immigrati nel tessuto sociale. Con ciò si intende prevenire ogni forma di discriminazione, in particolar modo contro le fasce più marginali come minori, donne, anziani, richiedenti asilo, vittime della tratta e popolazione carceraria. Particolare attenzione va posta sulle tematiche e le problematiche inerenti le seconde generazioni, che esprimono bisogni nuovi e specifici.

È inoltre necessario favorire percorsi di rappresentanza ed iniziative di comunicazione interculturale, nonché promuovere azioni di sensibilizzazione dell'opinione pubblica su materie di convivenza multietnica e multiculturale. A tal fine è opportuno che la programmazione provinciale affronti i temi dell'inserimento degli stranieri in maniera interdisciplinare: nello specifico, attraverso un incisivo processo di educazione civica, è indispensabile favorire l'integrazione tra le politiche educative, scolastiche, formative e del lavoro e le politiche sociali, sanitarie, culturali e abitative.

Il tutto si inserisce nelle direttive regionali di supportare progetti sovradistrettuali e intercomunali su tematiche che investono l'intero territorio provinciale, onde superare particolarismi ed ottimizzare l'utilizzo delle risorse.

Le azioni che qualificano questo programma riguardano due aree di intervento:

- 1) azioni in favore dei diritti degli immigrati;
- 2) azioni in favore dell'inclusione, della partecipazione e dell'inserimento culturale degli immigrati.

Da sviluppare attraverso azioni di:

Alfabetizzazione

Politiche antidiscriminatorie: lotta al razzismo e alla xenofobia

Mediazione interculturale

3.4.4 Le politiche giovanili

La programmazione provinciale delle Politiche giovanili intese come politiche educative dell'agio e come tale rivolte indistintamente a tutti i giovani, persegue strategicamente i seguenti obiettivi:

- q stimolare e agevolare la costituzione o l'organizzazione di nuove associazioni o gruppi giovanili strutturati nelle realtà territoriali prive di significative forme di aggregazione, al fine di facilitare l'attiva partecipazione dei giovani ad iniziative di crescita e di socializzazione;
- q favorire le relazioni fra le differenti etnie presenti sul territorio e migliorare la qualità dei rapporti intergenerazionali;
- q promuovere e sollecitare ogni possibile forma di collaborazione intercomunale, al fine di favorire un'innovativa "progettualità d'area" capace di fornire risposte ad esigenze ampie e diversificate. Agevolare l'integrazione di iniziative già attive nei diversi ambiti comunali attraverso condivise azioni di

unificazione e consolidamento, al fine di favorirne il radicamento nel territorio e cercare di diffonderle in altre realtà dello stesso;

- c) predisporre progetti giovanili interprovinciali, interregionali e internazionali sfruttando adeguatamente le opportunità di finanziamento previste dai bandi comunitari;

In particolare, le strategie provinciali mirano ad incentivare iniziative formative e culturali che forniscano ai giovani strumenti permanenti di crescita, di indagine delle proprie potenzialità e di partecipazione ai processi che li riguardano, sia nel contesto locale, sia nell'ambito della mobilità e degli scambi internazionali.

3.4.5 I programmi per le pari opportunità e di contrasto alla violenza alle donne

La programmazione provinciale delle Pari Opportunità che svolge una attività trasversale a diversi ambiti, si articola in quattro aree:

- prevenzione e contrasto alla violenza
- promozione delle donne a livello lavorativo, formativo e personale
- conciliazione
- tutela della salute.

In particolare le azioni preminenti saranno volte a diffondere strumenti di prevenzione delle violenze personali e di contrasto alle discriminazioni di genere, partendo dalla consapevolezza che una minore discriminazione di genere si può ottenere aumentando l'informazione e la capacità stessa delle donne di riconoscerla.

Lo sviluppo di politiche di pari opportunità è orientato al raggiungimento di obiettivi di contrasto alla violenza attraverso:

- il potenziamento della rete territoriale in ordine alla prevenzione e contrasto alla violenza di genere tra e contro le donne e le/gli adolescenti ;
- lo sviluppo di servizi positivi per le donne;
- lo sviluppo di interventi di accoglienza per le donne maltrattate e/o che hanno subito violenza, anche attraverso l'individuazione di luoghi dedicati e situazioni di reale assistenza come previsto dalle norme a livello regionale (es. casa di accoglienza, casa rifugio) .

3.5 I programmi formativi e di riqualificazione degli operatori

La Provincia ha sottoscritto insieme alle parti sociali e alla AUSL apposita Intesa per la programmazione delle azioni di riqualificazione degli operatori socio-sanitari privi di qualifica, valida per il 2008, anno in cui avrebbe dovuto concludersi il processo di riqualificazione avviato dalla RER con propria deliberazione di Giunta n. 1979 del 28/10/2002 ("Criteri e modalità per la riqualificazione sul lavoro per Operatore Socio-Sanitario, in attuazione delle linee guida approvate con delibera di Giunta Regionale n. 1404/00"), con la quale erano state definite anche le modalità, le procedure e le priorità generali per l'attuazione del processo di riqualificazione sul lavoro degli operatori dei servizi sociali e sanitari (misure compensative), in possesso di qualifica OTA e ADB o ADB senza qualifica, in direzione della nuova figura di Operatore Socio Sanitario (OSS), prevedendo, sulla base dei dati disponibili sul SIPS, di esaurire il medesimo nell'arco di 6 anni.

In realtà tale processo di riqualificazione non è del tutto esaurito e si attendono decisioni regionali in tal senso.

In ogni caso, la Provincia proseguirà nell'azione di consolidamento del processo di qualifica e di riqualificazione, attivando interventi, commisurati alle disponibilità finanziarie e logistiche, e garantendo comunque la qualità della formazione erogata, volti a favorire lo sviluppo di tali figure professionali.

Infatti, da questo punto di vista, si continuerà a porre sempre maggiore attenzione a tale ambito, riservando, pur a fronte di un drastico calo delle risorse disponibili, uno sforzo particolare a tali azioni utili e necessarie per garantire l'erogazione di servizi socio-sanitari efficaci e di buon livello qualitativo, mirati alle specifiche esigenze della collettività.

3.6 Lo sviluppo di interventi integrati con altre politiche con impatto su salute e benessere

L'interpretazione delle politiche sociali come politiche per la persona nella sua globalità, considerata quindi in una pluralità di aspetti, bisogni, relazioni, condizioni, contraddizioni, domande, induce la necessità di allargare lo spettro di osservazione molto oltre l'ambito di stretta pertinenza delle politiche sociali.

Una programmazione sociale avanzata non può non manifestare interesse per le politiche riguardanti la mobilità, l'ambiente, l'assetto urbanistico, la fruizione degli spazi, l'accesso alla cultura e alla attività sportiva, le opportunità educative, la sicurezza.

E' quindi importante darsi alcuni **obiettivi strategici** in un'ottica di prevenzione e di partecipazione, coinvolgere i diversi attori, mettere insieme competenze e professionalità specifiche in grado di sviluppare una programmazione di sistema che si attrezzi per prevenire prima ancora che curare.

Mobilità sostenibile

Mobilità sostenibile è una espressione ormai entrata nel linguaggio comune: pur comprendendo una serie di concetti non facilmente definibili, il suo utilizzo vuole richiamare l'attenzione e sollecitare l'impegno di tutti ad organizzare i propri spostamenti in modo tale da generare le minori ricadute indesiderate sull'ambiente e sulla salute, salvaguardando il più possibile l'ambiente e riducendo i consumi di energia.

Da qualche anno la tendenza delle amministrazioni pubbliche è orientata verso il tentativo di indirizzare i comportamenti individuali nella scelta dei mezzi con cui spostarsi verso soluzioni più ecologiche e rispettose dell'ambiente.

In questo contesto si ritiene strategico lo sviluppo di azioni innovative e promozionali che, attraverso la partecipazione di bambini, genitori, insegnanti e amministratori, coinvolga attivamente i bambini, educandoli e stimolandoli alla mobilità sostenibile, migliori il livello di fruibilità e di accessibilità per l'infanzia del territorio e in particolare delle aree verdi, riduca gli inquinanti atmosferici, riduca il rischio di patologie da esposizione a fattori inquinanti, elimini la fase delle emergenze ambientali sviluppando progetti per una mobilità urbana ed extraurbana sostenibile.

Promuovere la responsabilità sociale

Secondo la definizione che ne dà il libro Verde della Commissione Europea 2001, la responsabilità sociale d'impresa è *"l'integrazione, su base volontaria, da parte delle imprese, delle preoccupazioni sociali ed ecologiche nelle loro attività e nei loro rapporti con le parti interessate. Essere socialmente responsabili significa non solo soddisfare pienamente gli obblighi giuridici applicabili, ma anche andare al di là, investendo di più nel capitale umano, nell'ambiente e nei rapporti con le parti interessate"*.

Promuovere la responsabilità sociale delle imprese significa trattare con esse i temi delle condizioni di lavoro, dei diritti umani, delle pari opportunità, della salute e della sicurezza dei lavoratori, del rispetto della privacy e della qualità e sicurezza dei prodotti, ed altri aspetti di grande interesse per la salute della collettività.

Occorre quindi mettere in atto sistemi di comunicazione e di relazione che stimolino la riflessione del mondo economico e della imprenditoria sui benefici derivanti da una gestione attenta agli impatti economici, sociali ed ambientali.

La provincia e i comuni possono svolgere un ruolo molto importante nel favorire azioni socialmente responsabili. Appare quindi strategico un impegno in tal senso, valorizzando le esperienze esistenti (ad es. nell'ambito del mondo cooperativo) e ricercando le interazioni necessarie a sviluppare azioni positive e sostenibili nella accezione più ampia del termine.

Cultura per tutti

L'ambito **"cultura"** viene oggi sempre più riconosciuto quale valore fondamentale per lo sviluppo di un territorio, sia in termini sociali che in termini economici.

Dal Rapporto di Federculture 2007 emerge chiaramente che i consumi culturali negli ultimi anni sono aumentati in tutte le tipologie di offerte (musei, festival, teatro, musica, ecc.) a prescindere dagli approcci (ovvero cultura percepita come occasione di conoscenza o come attività di svago e gestione del tempo libero).

Si evidenzia inoltre come le analisi delle tendenze demografiche più recenti prevedono un probabile aumento della popolazione giovanile, un incremento della popolazione straniera e del segmento degli

ultrasessantacinquenni (aspetti da tener presenti nella elaborazione dei programmi e nello sviluppo delle politiche culturali).

E' necessario dunque tener conto dei nuovi bisogni rappresentati da queste fasce di popolazione oltre che dei nuovi strumenti e modalità di fruizione delle proposte culturali.

E' indispensabile che le amministrazioni locali tengano conto di tutto ciò per definire efficaci strategie di politica culturale e più in generale del welfare e per programmare iniziative integrate in grado di offrire quanto più possibile una cultura flessibile, destrutturata e accessibile.

Ambiente sicuro e stili di vita sani

Altro obiettivo fondamentale attiene la sicurezza. In senso lato, garantire condizioni di sicurezza alla popolazione anziana, ai giovani, ai disabili, a tutte le fasce maggiormente esposte a condizioni di vulnerabilità, significa adoperarsi in politiche di prevenzione, accoglienza, abbattimento di barriere architettoniche e di pensiero, ma anche attivarsi per rimuovere le aree della non regolarità nel lavoro, per assicurare ambienti vivibili per tutti in qualunque orario ed in qualunque circostanza.

Favorire il miglioramento delle condizioni di vita della popolazione, rivolgendosi in particolare ai giovani ed agli anziani, attraverso la divulgazione della cultura del mangiar sano, l'incentivo all'utilizzo di prodotti locali, la tutela della salute e del potere d'acquisto, la promozione di esercizi commerciali di vicinato.

Promuovere l'**attività sportiva** come momento di integrazione e di socializzazione e, conseguentemente, di prevenzione del disagio sociale e di problematiche relative all'emarginazione. Lo sport può costituire, soprattutto nelle piccole realtà, un importante momento di aggregazione e di sviluppo formativo per acquisire utili strumenti e approcci per una sana e positiva convivenza civile.

In particolare nella scuola o nell'extra-scuola, permette di contribuire fattivamente anche al raggiungimento di finalità oggi più che mai indispensabili nella formazione dell'uomo e del cittadino che "sta bene.....", in particolare consente di assumere corretti stili di vita in una logica di tutela della salute psico-fisica personale oltre a consentire di:

- acquisire rispetto per le diversità (etniche, culturali, sociali, religiose ecc..) e per le pari opportunità ;
- interiorizzare i principi che sostengono l'acquisizione di comportamenti collaborativi e solidali con gli altri ;
- promuovere l'integrazione all'interno di una società sempre più multiculturale ;
- sensibilizzare al rispetto per l'ambiente, anche con lo scopo di prevenire patologie indotte dall'inquinamento.

Perché tale opportunità si concretizzi come significativa esperienza di vita, si rende necessario un corretto "saper fare" (attività, contenuti e metodologia) a cui deve corrispondere un idoneo "saper essere" dell'educatore (dimensione comunicativo-relazionale), sia esso insegnante scolastico sia esso operatore sportivo del settore giovanile.

Sperimentare nuove modalità di lavoro di cura facendo ricorso a pratiche innovative quali attività assistite dagli animali, arte terapia, terapie psicocorporee, per il recupero ed il reinserimento di soggetti portatori di disabilità fisica o psichica.

3.7 Obiettivi da raggiungere nel triennio

Il lavoro partecipato di costruzione del presente atto, evidenzia come strategia di programmazione quella di coniugare l'alta qualità tecnica con l'accessibilità e distribuzione territoriale dei servizi, l'ottimizzazione delle relazioni tra le differenti unità produttive con la finalità di organizzare la risposta di cura ed assistenziale sulle esigenze globali dei cittadini piuttosto che sulla definizione delle singole pertinenze o responsabilità. Questo richiede lo sviluppo di una privilegiata attenzione alle relazioni funzionali (le maglie della rete) rispetto alla sola organizzazione interna delle unità produttive (i nodi della rete).

Il sistema locale assume congiuntamente, nel rispetto dei diversi ruoli, la programmazione sociale e la programmazione sanitaria con l'intento di armonizzare i diversi strumenti nell'ambito di una prospettiva di governance intesa come sistema di governo allargato che interconnette i diversi soggetti pubblici e gli altri soggetti informali, concetto che d'altra parte è fondante nei differenti livelli di programmazione.

Per raggiungere gli obiettivi strategici precedentemente enunciati e al fine di realizzare equità, efficacia e riequilibrio territoriale, diviene prioritario concentrarsi sulle azioni di seguito sinteticamente elencate.

- q sviluppo equilibrato delle opportunità di accesso al sistema: sviluppo e definizione di percorsi di prevenzione, diagnosi, cura, assistenza e riabilitazione. È auspicabile che in ogni punto dei servizi della rete, ci sia l'ascolto e l'accoglienza della persona che vi si rivolge, l'analisi dei suoi bisogni ed eventualmente l'invio al servizio di competenza (continuità del percorso di cura e presa in carico);
- q potenziamento e riequilibrio sul territorio del numero di posti residenziali e semiresidenziali;
- q riqualificazione e sviluppo dei servizi domiciliari;
- q ridefinizione dei percorsi territoriali legati a patologie ad elevato carico assistenziale (ecc.. demenza, SLA, ecc...);
- q programmazione integrata e condivisa tra sociale, sanitario, formazione, lavoro, educazione, ecc...: porre attenzione alla facilitazione dell'accesso ai servizi, cercando di rispondere in modo appropriato ai bisogni sempre più complessi e diversificati per la presa in carico complessiva dell'utente;
- q promozione delle pari opportunità, contrasto all'esclusione e alle disuguaglianze;
- q aggiornamento professionale congiunto tra professionisti ed aree di intervento diverse su temi trasversali.

Il costante monitoraggio della domanda dovrà permettere di strutturare interventi assistenziali capaci di rispondere anche a fasi critiche, mediante percorsi integrati dove sono richiesti, unitariamente, prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di assistenza.

3.8 L'individuazione delle priorità degli investimenti da finanziare ai sensi dell'art. 48 della L.R. 2/2003

Le spese di investimento, così come enunciato dall'art. 48 della L.R. n. 2/03⁴⁰, devono essere finalizzate al concorso alle spese di costruzione, ristrutturazione ed acquisto di immobili destinati o da destinarsi a strutture socio assistenziali e socio sanitarie mediante la concessione di contributi in conto capitale, saranno necessariamente collocate a livello territoriale attraverso l'individuazione di priorità.

La C.T.S.S. dovrà garantire il riequilibrio territoriale, sia in termini di risorse finanziarie, sia in termini di distribuzione dei servizi e delle strutture ed i Comitati di Distretto dovranno ricostruire il quadro del fabbisogno delle strutture e degli impegni finanziari richiesti.

Questo può essere realizzato tenendo conto anche della governance definita dal Piano Sociale e Sanitario Regionale, che conferisce alla C.T.S.S. un ruolo di indirizzo e coordinamento nell'individuazione delle priorità strategiche in area sociale, socio-sanitaria e sanitaria e dà ad essa il mandato di assicurare l'equa distribuzione delle risorse fra i diversi ambiti distrettuali, in rapporto con gli obiettivi di programmazione, alla distribuzione ed alla accessibilità dei servizi ed ai risultati di salute (art. 5 L.R. 29/2004).

La C.T.S.S. individua i criteri omogenei per l'ambito territoriale di riferimento per la individuazione delle aree e delle tipologie di intervento prioritario degli ambiti distrettuali tenendo conto della attuale dotazione di servizi e di offerta per tipologia di servizio ed area di intervento e dei bisogni.

La C.T.S.S. individua inoltre le aree e le tipologie di interventi, tra quelli indicati come priorità e riferisce le indicazioni massime delle risorse attribuibili ai singoli ambiti distrettuali, secondo i seguenti criteri:

- criteri omogenei per l'ambito territoriale di riferimento per la individuazione delle aree e delle tipologie di intervento prioritario degli ambiti distrettuali tenendo conto della attuale dotazione di servizi e di offerta per tipologia di servizio ed area di intervento e dei bisogni rilevati;
- aree e tipologie di interventi, tra quelli indicati tra le priorità, che per le caratteristiche del territorio e della tipologia e frequenza del bisogno motivano servizi e strutture con un bacino di riferimento sovradistrettuale;
- una indicazione di massima delle risorse attribuibili ai singoli ambiti distrettuali, sulla base della popolazione residente dell'attuale offerta dei servizi, delle necessità di riequilibrio territoriale e di eventuali progetti di ambito sovradistrettuale;

⁴⁰ "Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"

Si ritiene prioritaria la realizzazione di interventi che, tenuto conto delle indicazioni regionali, concorrano alla qualificazione dell'offerta dei servizi, all'ampliamento delle possibilità di accesso, al miglioramento del livello di integrazione della rete dei servizi, con particolare attenzione alle seguenti categorie di utenti:

- disabili (interventi di adeguamento strutture esistenti o nuova costruzione di strutture residenziali a minore intensità assistenziale, accoglienza temporanea, centri diurni);
- minori ed adolescenti (adeguamento delle strutture secondo le indicazioni della direttiva regionale sull'accoglienza (delibera G.R. n. 846/2007).
- anziani (interventi destinati alla aggregazione, socializzazione, adeguamento strutture residenziali o semiresidenziali esistenti, servizi di prossimità o a bassa soglia);
- donne sole o con minori a carico;
- giovani ed adulti in condizioni di disagio o a rischio di esclusione sociale (realizzazione e adeguamento di strutture che svolgano funzioni di accoglienza ed erogazione di servizi a favore di persone in condizione di povertà o di esclusione sociale, anche con finalità aggregative ed educative);
- immigrati.

Capitolo IV “Indirizzi per il coordinamento, la partecipazione, il monitoraggio e valutazione

4.1 Strumenti di coordinamento; 4.2 Strumenti di partecipazione; 4.3 Strumenti per il monitoraggio e la valutazione.

4.1 Strumenti di coordinamento

La programmazione rappresenta una delle funzioni strategiche del sistema pubblico, in quanto si definiscono, sulla base delle priorità e degli obiettivi gli interventi da mettere in campo, le risorse necessarie e quelle disponibili, i processi e le procedure di attuazione.

La scelta del territorio di Rimini è stata quella di voler costruire un modello di “delega partecipata”: la gestione dei servizi sociali è stata interamente o parzialmente delegata all’Ausl ma gli indirizzi, le scelte di priorità, la collocazione delle risorse rimangono in capo ai Comuni, così come la facoltà/dovere di esercitare il controllo sull’attività.

La delega partecipata si è così inserita in una realtà di servizi senza intenti di separazione, ma piuttosto di collaborazione, di creazione di rapporti più diretti evitando la costituzione di nuove figure giuridiche, vissute come portatrici di aumento dei costi e causa di allontanamento dalle competenze sociali dell’organismo politico più diretto – il Comitato di Distretto. Le competenze dei diversi attori intervengono nella gestione per uno scopo comune tra queste il ruolo di indirizzo, programmazione e controllo degli Enti Locali, il ruolo tecnico dell’Azienda USL e il prezioso contributo del Terzo Settore.

Tale modello trova soluzione, da una parte, nel far giocare un ruolo rilevante alla C.T.S.S. che definisce gli indirizzi, al Comitato di Distretto che individua obiettivi, strategie ed azioni, effettua processi di valutazione complessiva dei risultati della gestione e, dall’altra, nella creazione di un sistema di Accordi di Programma Tematici per target di popolazione o per problematica trasversale a più settori.

La programmazione territoriale prevede, perciò tavoli tematici e/o gruppi progetto a cui partecipano i diversi operatori che hanno a che fare con l’area sociale oggetto di intervento, e più in generale tutti i soggetti richiamati dall’art.1, comma 5, della legge 328/2000, con il compito di delineare le azioni progettuali in rapporto agli obiettivi e priorità.

Tali gruppi consentono la sperimentazione dell’integrazione tra i diversi livelli istituzionali ed i soggetti del terzo settore; introducono la pratica della co-progettazione come esercizio della responsabilità condivisa, dando concretezza a quel sistema di governance costantemente sollecitato.

La scelta che si intende adottare è quella di un superamento della programmazione settoriale verso una decisa ottica di integrazione, di una prospettiva basata sulla centralità del cittadino e del coinvolgimento di tutti i soggetti.

Attraverso il sistema degli Accordi di Programma la programmazione sociale e la programmazione sanitaria assumono, nel rispetto dei diversi ruoli, l’intento di armonizzare gli strumenti nell’ambito di una prospettiva di governance intesa come sistema di governo allargato che interconnette i diversi soggetti pubblici e gli altri attori sociali dalla fase di programmazione a quella di verifica.

Al di là delle peculiarità dei singoli Accordi di Programma legate alla tematica trattata, sono identificati elementi comuni:

affidamento delle funzioni di indirizzo, programmazione e controllo ad un **Comitato di Gestione dell’Accordo di Programma Tematico** che contempla la componente politica e la componente tecnica, nonché i rappresentanti designati del terzo settore.

affidamento della responsabilità di gestione dei servizi in rete ad un **Responsabile Tecnico del singolo Accordo di Programma**, individuato dal Comitato di Gestione, il quale assume la responsabilità complessiva del funzionamento dell’intera rete dei servizi, indipendentemente dalla titolarità della gestione, nel pieno riconoscimento di autonomia professionale gestionale e tecnica. I Responsabili Tecnici dei singoli Accordi di Programma confluiscono **nell’Ufficio di Piano Distrettuale**.

L’impegno dei soggetti firmatari al raggiungimento degli obiettivi contenuti negli Accordi.

Resta ferma e determinante la modalità di partecipazione alla programmazione attraverso protocolli sottoscritti con le organizzazioni sindacali, finalizzati alla concertazione e alla consultazione, come previsto anche dalla L.R. 2/03.

Nell'ottica di un approccio integrato delle politiche, dovrà essere assicurata la collaborazione tra Ufficio di Supporto e gli Uffici di Piano di ambito Distrettuale, nonché lo scambio continuo nell'ambito dei tavoli permanenti con il terzo settore, volontariato, associazionismo...

4.2 Strumenti di partecipazione

Il sistema di "delega partecipata" presuppone il concetto di trasferimento di funzioni da un ente all'altro attraverso strumenti di mediazione e connessione sociale che collega soggetto e istituzione, pubblico e privato⁴¹ che rinvia inevitabilmente ai concetti di governance e integrazione.

La mediazione tra i diversi interessi e i loro rappresentanti (utenti, sindacati, associazioni culturali, istituzioni pubbliche...), comporta la necessità di discussione e confronto, le previsione di forme di partecipazione e di concertazione⁴².

La partecipazione è una delle azioni che permette di realizzare strategie di governance in campo socio-assistenziale e consiste in un "processo in cui i soggetti prendono attivamente parte alla presa di decisioni nelle istituzioni, nei programmi e negli ambienti che li riguardano"⁴³. La nuova fase programmatoria deve essere promossa e organizzata attraverso la partecipazione da parte dei soggetti sociali sia organizzati (terzo settore, sindacati...) valorizzando le esperienze già presenti nei territori.

Esempi emblematici di partecipazione alla politica sono rinvenibili, proprio nell'ambito della costruzione dell'atto di indirizzo e di coordinamento e in particolare del Profilo di Comunità ivi contenuto.

La delega partecipata si avvale di strumenti semplici e diffusi: la Convenzione e l'Accordo di Programma⁴⁴. La convenzione è l'atto che regola l'attività derivante dalla concessione delle deleghe e che sancisce gli impegni del soggetto o dei soggetti deleganti e del soggetto delegato. La convenzione deve definire i criteri di erogazione dei servizi, i contenuti e la periodicità delle informazioni da fornire agli enti deleganti.

L'accordo di programma⁴⁵ è appunto un accordo tra più soggetti che consente di integrare e coordinare le azioni degli stessi e di determinare tempi, modalità e costi relativi a ciascun accordo.

4.3 Strumenti per il monitoraggio e la valutazione

Le profonde trasformazioni del contesto sociale e del quadro epidemiologico implicano una riflessione ad ampio raggio sul sistema dei servizi sanitari che comprendono tutta la dimensione delle problematiche di salute. L'integrazione tra sociale e sanitario è auspicabile a partire dalla consapevolezza che tale percorso può avvenire solo con la conoscenza e l'uso di strumenti idonei.

Il piano programmatico, il bilancio pluriennale di previsione, il bilancio economico preventivo ed il bilancio di esercizio costituiscono gli strumenti di programmazione e di monitoraggio economico-finanziaria per il governo dell'Azienda USL. Gli strumenti contabili documentano gli impegni delle risorse relative ai livelli essenziali di assistenza.

Il Bilancio di Missione si configura come strumento che ha per obiettivo quello di dare trasparenza all'azione istituzionale dell'Azienda Sanitaria, rendendo conto del grado di perseguimento degli obiettivi di Salute.

La C.T.S.S. tra i propri compiti di verifica e controllo, così come definito dall'art. 11 della L.R. 19/1994, verifica l'attività delle Aziende Sanitarie formulando proprie valutazioni e proposte trasmettendole al Direttore Generale ed alla Regione. A tal fine le Aziende mettono a disposizione gli strumenti informativi ed operativi idonei ad espletare i compiti e le funzioni di propria competenza⁴⁶.

I Comitati di Distretto⁴⁷ devono operare in stretto raccordo con la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria per disciplinare le forme di partecipazione e di consultazione alle definizioni del Programma delle attività territoriali.

Tra le funzioni di monitoraggio, supporto e impulso si devono comprendere anche quelle attività intermedie di verifica e monitoraggio in itinere dell'attuazione dei programmi compreso quello inerente l'area della non autosufficienza⁴⁸.

41 [Cipolla, Perino 2004: 229]

42 [ivi].

43 [ibidem: 232]

44 Giarelli G., Florindi S. (2006), La "delega partecipata" come modello di governance dei servizi sociali nel territorio di Rimini.

45 Articolo 34 della 267/2000

46 PSSH 2008-2010 p. 31

47 art. 5 della L.R. 29/2004

I comuni e l'Azienda USL di Rimini si impegnano a collaborare alla realizzazione degli obiettivi prefissati. Questi processi comportano inevitabilmente attribuzione di compiti e responsabilità e quindi di strumenti appropriati per la valutazione degli stessi. La qualità è una strategia che consente di mettere in relazione più saperi, che dovrebbe stimolare il feed back tra enti e soggetti, tra azione e risultato.

Valutare la qualità significa fare riferimento a principi quali l'equità, l'appropriatezza, l'efficacia, la soddisfazione da declinare in diverse aree di valutazione attraverso un processo che coinvolge più attori sociali consentendo di verificare approfondire i risultati ottenuti e la riflessione sui problemi.

La funzione di verifica si esplica nella realizzazione di forme di valutazione integrata dei risultati ottenuti dalle diverse attività programmate che prendano in considerazione sia il punto di vista organizzativo-manageriale, che quello professionale e del cittadino-fruitori. Ciò significa, ovviamente, una differenziazione sia dei criteri adottati per la valutazione che dei metodi e degli strumenti utilizzati per realizzare la valutazione.

Se consideriamo il punto di vista organizzativo-manageriale, infatti, la valutazione dovrà adottare un criterio di efficienza che consenta di valutare le modalità di allocazione delle risorse adottate in relazione ai risultati conseguiti. Strumenti quali quello del *benchmarking*, ad esempio, potranno qui consentire di valutare se le risorse utilizzate sono in linea con la media delle risorse impiegate nelle migliori *best practice* riconosciute nello stesso ambito di intervento.

Se il punto di vista adottato è invece quello professionale, i criteri di valutazione adottati potranno andare dall'efficacia in termini di risultati ottenuti all'appropriatezza relativa alle scelte metodologiche operate, alla sicurezza rispetto ai rischi che ciascuna scelta comporta per il cittadino-fruitori. Gli strumenti a disposizione in questo caso si incentrano sulle diverse forme di audit professionale che consentano di confrontare le scelte tecnico-professionali adottate con quanto indicato dalla letteratura scientifica disponibile in materia.

Infine, se il punto di vista adottato è invece quello del cittadino-fruitori dei servizi, si tratta di spostare l'attenzione sulla qualità percepita dei servizi e delle prestazioni erogate da parte dei beneficiari quale criterio principale, utilizzando a tal fine sia strumenti di natura quantitativa, quali le indagini di customer satisfaction, sia strumenti di natura qualitativa, quali le interviste semi strutturate o le interviste in profondità che consentano di cogliere le opinioni dei beneficiari in merito alle prestazioni ricevute.

Come pronunciato dal Piano Sociale e Sanitario Regionale 2008-2010, gli Enti locali dovranno coinvolgere tutti i soggetti nella programmazione di 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 programmatiche degli interventi realizzati.

Occorre, infatti, che il monitoraggio e la valutazione che si realizzano a vari livelli, siano orientati in una prospettiva di *governance* attraverso uno sviluppo locale di comunità e di rete.

Il sistema di monitoraggio e valutazione deve porsi come obiettivo l'individuazione e la condivisione di strumenti per la raccolta dei dati, di indicatori che consentano comparazioni e confronti temporali.

I Distretti dovranno realizzare azioni di monitoraggio e di valutazione per analizzare i processi e i risultati delle proprie politiche sociali e socio-sanitarie, adottando un approccio metodologico comune e strumentazioni adeguate.

Il presente Atto costituisce la base sulla quale costruire in futuro i nuovi strumenti non solo di monitoraggio ma anche di valutazione per verificare sia i risultati di benessere prodotti a livello distrettuale, sia l'efficacia di tali strumenti per il raggiungimento degli obiettivi tenendo presente quanto sia difficile trovare un modo comune di valutare e una modalità di valutazione condivisa⁴⁹.

⁴⁸ Delibera di Giunta regionale n. 509/2007

⁴⁹ Giarelli G., Florindi S. (a cura di) (2007), *La "delega partecipata" come modello di governance dei servizi sociali nel territorio di Rimini*

I PARTE: LA COMUNITA' IN CUI VIVIAMO

INTRODUZIONE

1. PROFILO DEMOGRAFICO DEL TERRITORIO
 - 1.1 DINAMICA E STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE
 - 1.2 LA POPOLAZIONE IMMIGRATA STRANIERA
 - 1.3 LA COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE
2. PROFILO SOCIO-ECONOMICO DEL TERRITORIO
 - 2.1 ISTRUZIONE E SCOLARITÀ
 - 2.2 ALFABETIZZAZIONE INFORMATICA
 - 2.3 DIMENSIONE E COMPOSIZIONE DELLE FORZE LAVORO
3. AMBIENTE E TERRITORIO
4. NATALITÀ, MORTALITÀ, SPERANZA DI VITA
 - 4.1 LA NATALITÀ
 - 4.2 LA MORTALITÀ
 - 4.3 LA SPERANZA DI VITA
5. SALUTE E STILI DI VITA
 - 5.1 I DETERMINANTI DELLA SALUTE
 - 5.2 LE CAUSE DI MORTE PER MALATTIE SPECIFICHE
 - 5.3 LA MORBOSITÀ
6. SICUREZZA
 - 6.1 SICUREZZA URBANA
 - 6.2 GLI INCIDENTI STRADALI
 - 6.3 GLI INFORTUNI SUL LAVORO
 - 6.4 GLI INCIDENTI DOMESTICI
 - 6.5 LA VIOLENZA ALLE DONNE
7. MOBILITÀ
 - 7.1 LE PISTE CICLABILI
 - 7.2 IL TRASPORTO SOCIALE

II PARTE: SERVIZI, RISORSE INFORMALI, DOMANDA ESPRESSA E DOMANDA SODDISFATTA

1. SERVIZI E RISORSE
 - 1.1 L'ASSISTENZA TERRITORIALE
 - 1.2 LE STRUTTURE TERRITORIALI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI
 - 1.3 GLI INTERVENTI A SOSTEGNO DELLA DOMICILIARITÀ
 - 1.4 LA SPESA PER INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI EROGATA DAI COMUNI
2. AMBITO SOCIALE E SOCIO-SANITARIO
 - 2.1 DISABILITÀ
 - 2.2 MINORI E RESPONSABILITÀ FAMILIARI
 - 2.3 ANZIANI
 - 2.4 DIFFERENZE DI GENERE
 - 2.5 IMMIGRATI
 - 2.6 ESCLUSIONE SOCIALE
 - 2.7 GLI SPORTELLI SOCIALI PROFESSIONALI
 - 2.8 IL PROGETTO: LO SPORTELLO “PER LEI”
3. AMBITO SANITARIO
 - 3.1 ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO
 - 3.2 ASSISTENZA ALLA GRAVIDANZA, INTERRUZIONE DI GRAVIDANZA
 - 3.3 LA COPERTURA DELLO SCREENING ONCOLOGICO
 - 3.4 VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE
 - 3.5 LA LOTTA ALLA ZANZARA TIGRE
 - 3.6 SPESA FARMACEUTICA
 - 3.7 LE DIPENDENZE PATOLOGICHE
 - 3.8 SALUTE MENTALE
 - 3.9 SPAZIO GIOVANI
4. AMBITO EDUCATIVO E SOCIO-EDUCATIVO
5. AMBITO ABITATIVO
6. AMBITO FORMATIVO E LAVORATIVO
 - 6.1 I “CENTRI PER L'IMPIEGO”
 - 6.2 INSERIMENTI LAVORATIVI

7. AMBITO CULTURALE E RICREATIVO

8. CAPITALE SOCIALE

8.1 IL SISTEMA VALORIALE DEI CITTADINI

8.2 PRIVATO SOCIALE E ASSOCIAZIONISMO

III: IL TERRITORIO TRA BISOGNI E RISORSE: PRINCIPALI TENDENZE E CRITICITA'