



pianobenessere

bologna

sistema integrato
di interventi
e servizi sociali

**Prime indicazioni per la costruzione degli indirizzi per il
“Piano Triennale Distrettuale per la salute e il benessere
sociale 2009-2011”**

25 novembre 2008

Indice

PREMESSA	3
IL PROCESSO PER LA COSTRUZIONE DEL PIANO TRIENNALE	5
LA STRUTTURA DEI DOCUMENTI	7
<i>LA STRUTTURA DEL DOCUMENTO TRIENNALE</i>	<i>7</i>
<i>LA STRUTTURA DEL DOCUMENTO ANNUALE</i>	<i>7</i>
<i>INDICAZIONI REGIONALI PER LE PROCEDURE PER L'ADOZIONE E APPROVAZIONE TRA I DIVERSI ENTI COINVOLTI</i>	<i>7</i>
ORIENTAMENTI PER LA DEFINIZIONE DEGLI INDIRIZZI PER IL PIANO TRIENNALE DI ZONA DEL BENESSERE	9
LE PRIORITÀ TRASVERSALI E DI SISTEMA	10
LE PRIORITÀ PER AMBITO DI INTERVENTO	12
<i>Allegato 1 Breve sintesi risultanze del profilo di comunità – dall'atto di indirizzo della CTSS</i>	<i>19</i>
<i>Allegato 2 Profilo di comunità – alcuni dati di raffronto a livello provinciale</i>	<i>22</i>

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

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

PREMESSA

Il primo Piano Sociale e Sanitario regionale, approvato nel maggio scorso¹, intende affermare una idea di welfare di comunità per il benessere dei cittadini, basato su una forte presenza di garanzia del "pubblico" e, contemporaneamente, su processi decisionali, programmatori ed attuativi di servizi ed interventi sociali e sanitari, fortemente partecipati dalle organizzazioni della società civile, del terzo settore e dalle stesse persone e famiglie che esprimono esigenze di sostegno e cura. La promozione del benessere, anche a fronte dei cambiamenti socio demografici e culturali nonché dei nuovi mutati bisogni, richiede interventi capaci di coinvolgere e mobilitare risorse diverse (pubbliche, del terzo settore, della solidarietà spontanea e non organizzativa, private ecc) ricercando l'integrazione delle politiche sociali con le politiche sanitarie e, allo stesso tempo, di queste con le politiche ambientali, urbanistiche abitative, formative, occupazionali e culturali.

Il nuovo strumento espressione di questa programmazione integrata è rappresentata dal **Piano di zona distrettuale triennale per la salute e per il benessere sociale**,(PDZ), di durata triennale, che sostituisce il Piano sociale di zona rafforzandone il raccordo con il Piano per la Salute, assumendo gli indirizzi strategici della programmazione e le scelte di priorità; nonché il Programma Attuativo Annuale (PAA) che costituisce la declinazione annuale del Piano di zona distrettuale per la salute e il benessere sociale¹² ne specifica gli interventi di livello distrettuale in area sociale, sociosanitaria, compreso il Piano annuale delle attività per la non autosufficienza, individua le specifiche risorse che Comune, Ausl/Distretto, Provincia e Regione impegnano per l'attuazione degli interventi, approva progetti o programmi specifici d'integrazione con le politiche educative, della formazione e lavoro, della casa, dell'ambiente, della mobilità.

Il Piano triennale costituisce lo strumento unitario della programmazione sociale, sociosanitaria, sanitaria territoriale, privilegiando, in un'ottica di gradualità, l'integrazione sociosanitaria come area di programmazione elaborata congiuntamente e pienamente condivisa, in primo luogo da Comune e Ausl, pur costruendo un documento unico che contiene le scelte strategiche anche in area sociale e sanitaria.

Il Piano triennale dovrà indicare le priorità strategiche utilizzando l'approccio già consolidato per target: famiglie, infanzia e adolescenza, giovani, anziani, persone con disabilità, immigrati stranieri, adulti in stato di povertà ed esclusione sociale, disagio psichico e dipendenze patologiche.

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

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

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

Il Piano triennale andrà a costituire lo snodo tra le politiche in ambito socio sanitario e le scelte d'intervento nell'ambito di altre politiche che impattano su salute e benessere sociale, nel senso sia di tenere conto di tali scelte, sia di essere orientato a condizionarle, in particolare nelle aree delle politiche abitative, della mobilità, dell'inserimento lavorativo delle persone svantaggiate, della formazione e della scuola.

Il Piano di zona distrettuale per la salute e il benessere sociale dovrà contenere, in coerenza con le indicazioni regionali e l'Atto triennale della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, anche le priorità strategiche di intervento per le attività sanitarie (PAL). L'approccio a questa novità è graduale, riferibile anche alle esperienze già consolidate o da avviare ex-novo nel Distretto. Per questo primo triennio è indispensabile fornire all'interno del documento triennale distrettuale almeno alcuni orientamenti generali sull'area sanitaria, riferita ai servizi territoriali.

Il presente documento intende fornire le prime indicazioni per l'elaborazione degli indirizzi strategici triennali - Piano di zona distrettuale per la salute e per il benessere sociale del Distretto di Bologna - che, in coerenza con l'Atto di indirizzo e coordinamento della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria individua le priorità di salute e di benessere sociale, sia trasversali che per target di riferimento e nelle diverse aree d'intervento: sociale, educativa, sociosanitaria e sanitaria relativa ai servizi distrettuali.

IL PROCESSO PER LA COSTRUZIONE DEL PIANO TRIENNALE

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

La metodologia proposta dal comitato di Distretto⁵ è particolarmente innovativa in quanto prevede, in una logica di integrazione tra i diversi strumenti di programmazione, pur con le specificità dei diversi percorsi di approvazione (istituzionale per gli atti di programmazione interni al Comune e interistituzionale, con sottoscrizione di Accordo di programma, per il Piano del benessere) di far coincidere tempi, modi e contenuti della programmazione comunale – Relazione Previsionale Programmatica, linee indirizzi per Programmi Obiettivo dei Quartieri, discussione sul BdG – con la programmazione del Piano del Benessere triennale 2009-2011.

L'Ufficio di Piano (con l'ausilio dei suoi tavoli tecnici) fornisce la base informativa (analisi dati socio sanitari per Quartiere) che assieme all'analisi del bisogno (profilo di comunità) e delle indicazioni sugli obiettivi strategici fornite dall'Atto di indirizzo della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, costituiscono la base per l'individuazione delle priorità per la programmazione triennale che verrà elaborata dai quartieri. Quest'ultimi attiveranno le modalità ritenute più opportune (Consulte di Welfare, Commissioni, incontri pubblici) per la partecipazione di tutti i soggetti del territorio coinvolti nella realizzazione degli interventi.

Le programmazioni territoriali verranno poi portate a sintesi, a cura dell'Ufficio di Piano, in un unico Piano del Benessere 2009-2011, contenente gli indirizzi strategici per il Distretto di Bologna.

A livello centrale, secondo una prassi di lavoro ormai consolidata e condivisa nell'esperienza di programmazione precedente per la costruzione del Piano di zona, continuerà il confronto tra l'amministrazione e gli altri soggetti pubblici e privati coinvolti nella realizzazione degli interventi sociali e sanitari del territorio, nel **Tavolo del Welfare**, nel **Tavolo con le Organizzazioni Sindacali** e con le **tre Consulte** Comunali (famiglia, handicap, esclusione).

³ *Delibera della Giunta Regionale n1682/2008 del 20 ottobre 2008 "Prima attuazione del PSSR 2008-2010: approvazione delle procedure per la programmazione di ambito distrettuale 2009-2011, linee guida per la partecipazione del terzo settore, del programma di accompagnamento e formazione".*

Tali linee sono state l'esito di un gruppo di lavoro istituito a livello regionale che ha visto coinvolti i tecnici dei diversi servizi competenti all'interno della Direzione generale Sanità e politiche sociali della Regione e, con una funzione di co-progettazione e confronto, i tecnici di diversi Comuni, Ausl e Province del territorio

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

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

La più ampia partecipazione alla programmazione e alla valutazione dei risultati, incentrata sui Quartieri, sarà alla base della nuova metodologia proposta, per la condivisione delle analisi e la scelta delle priorità e degli obiettivi, in coerenza con il nuovo ruolo assunto dai quartieri con il completamento delle deleghe per tutti i servizi alla persona realizzatasi nel 2008.

Per la parte strettamente sanitaria relativa agli indirizzi del Piano Attuativo Locale (PAL) l'Azienda Usl di converso seguirà il percorso di approvazione aziendale.

Pertanto le fasi del processo si possono così sintetizzare:

- Il Comitato di Distretto ha approvato il modello metodologico⁶ da seguire per la costruzione del piano triennale del benessere
- In base alle indicazioni regionali e dell'Atto della CTSS, l'ufficio di piano, attraverso i Tavoli di coordinamento tecnico, composti in modo da integrare le diverse professionalità coinvolte dei diversi enti, hanno svolto l'istruttoria specialistica per l'individuazione delle priorità calate nella peculiarità del Distretto di Bologna.
- Il Comitato di Distretto valida le prime indicazioni dell'atto di indirizzo distrettuale
- La Giunta approva Atto di indirizzo (che contiene indirizzi per Piano benessere, RPP e PO Quartieri)
- I Quartieri attraverso le modalità ritenute più opportune (Commissioni, Consulte di Welfare, consultazioni) promuovono la partecipazione di tutti i soggetti del territorio pubblici e privati coinvolti ed elaborano i Progetti Obiettivo contenenti anche le proposte per il Piano del Benessere
- L'Ufficio di Piano svolge una sintesi centrale che verrà approvata dal Comitato Distretto
- Il Consiglio Comunale approva il Piano del Benessere triennale i PO dei Quartieri che contengono i contenuti essenziali del Piano del Benessere e i Programmi di attività
- I diversi Enti coinvolti approvano il Piano del Benessere triennale, attraverso sottoscrizione di Accordo di programma, cui aderiscono tutte le realtà del privato sociale che condividono gli obiettivi.

⁶ *Approvato nella seduta del Comitato di Distretto di 25 settembre 2008 (vedi verbale della seduta)*

LA STRUTTURA DEI DOCUMENTI

LA STRUTTURA DEL DOCUMENTO TRIENNALE

In base alle indicazioni regionali il documento degli indirizzi strategici triennali per la salute e il benessere sociale dovrà contenere:

1. Gli attori e il percorso di costruzione del Piano
2. I bisogni della popolazione emergenti dal profilo di comunità e il confronto con servizi e risorse disponibili
3. Gli obiettivi strategici e le priorità di intervento del Piano in ambito sociale, sociosanitario e dei servizi sanitari territoriali, definiti anche alla luce del Piano regionale della prevenzione.
4. Linee d'intervento che attuano l'integrazione delle politiche (casa, mobilità, inserimento lavorativo, scuola e servizi educativi, sicurezza e coesione sociale). Raccordo con altri strumenti di programmazione locali (Piani strutturali comunali, Piani del traffico, etc.).
5. Strumenti tecnico-organizzativi e azioni per l'integrazione gestionale e professionale e la continuità assistenziale (ufficio di piano, accesso integrato, protocolli tra servizi, funzionamento delle unità di valutazione multiprofessionale, formazione delle diverse figure professionali, tecnologie informatiche, soluzioni gestionali, stato di avanzamento ed eventuale adeguamento del programma di trasformazione delle Ipad in Asp)
6. Monitoraggio e valutazione (sistemi di indicatori distrettuali, riferimenti regionali)
7. Orientamenti per la programmazione finanziaria triennale relativa agli interventi sociali, sociosanitari e sanitari territoriali

LA STRUTTURA DEL DOCUMENTO ANNUALE

Il Programma Attuativo Annuale (PAA) costituisce la declinazione annuale del Piano di zona distrettuale per la salute ed il benessere sociale, ricomprende il Programma delle attività territoriali del Distretto, il Piano distrettuale per la non autosufficienza, i programmi di azione dei Piani per la salute, e sostituisce il Programma attuativo del piano sociale di zona. Anche in questo documento la parte relativa all'area dell'integrazione sociosanitaria è quella elaborata congiuntamente, mentre vengono declinate le azioni e gli interventi sociali e sanitari ricercando comunque la continuità e la compatibilità maggiore possibile. All'interno del PAA sono ricompresi sia interventi associati Comune-Ausl, sia interventi del Comune e dei singoli Quartieri.

Per quanto riguarda l'indicazione in via previsionale delle risorse, nel documento triennale rientrano orientamenti per la programmazione finanziaria di medio periodo, mentre nel documento annuale occorrerà indicare le risorse di cui Comune e Azienda Usl dispongono, facendo riferimento alle indicazioni di bilancio, per gli enti locali, e di budget per le Ausl, al Fondo sociale locale e al Fondo distrettuale per la non autosufficienza.

Il contributo del Distretto alla definizione degli interventi sociosanitari e sanitari dovrà essere coerente al Piano delle azioni dell'Ausl e al budget definito in ambito aziendale.

INDICAZIONI REGIONALI PER LE PROCEDURE PER L'ADOZIONE E APPROVAZIONE TRA I DIVERSI ENTI COINVOLTI

- **Il Piano di zona distrettuale per la salute e il benessere sociale triennale** è approvato con Accordo di programma tra Comune, l'Azienda Usl nella figura del Direttore di Distretto, la Provincia, in particolare per l'attuazione dei Programmi specifici di competenza e le necessarie modalità di integrazione degli stessi con la programmazione distrettuale.

Partecipano all'Accordo tramite l'adesione formale, anche in un'ottica di integrazione delle politiche, tutti i soggetti pubblici che hanno responsabilità rispetto a specifici interventi attuativi del Piano (Aziende ospedaliere, istituti scolastici, enti di formazione, Centri per la giustizia minorile, Istituti penitenziari, ecc.).

- **Il Programma attuativo annuale** è oggetto di approvazione del Comune e del Direttore di Distretto, secondo le modalità definite nell'Accordo di programma triennale.

Il documento che definisce il programma attuativo annuale è unico e l'elaborazione dei contenuti della programmazione è congiunta tra Comune e Ausl, con particolare riferimento all'area dell'integrazione sociosanitaria, indipendentemente dalle modalità formali di approvazione e delle procedure con le quali ciascun ente assume gli impegni di competenza per l'attuazione del Programma.

ORIENTAMENTI PER LA DEFINIZIONE DEGLI INDIRIZZI PER IL PIANO TRIENNALE DI ZONA DEL BENESSERE

Punti di riferimento per la programmazione triennale nel Distretto di Bologna sono, come si richiamava più sopra, il Piano sociale e sanitario regionale 2008-2010, le linee di indirizzo regionali per la programmazione territoriale⁷ e l'Atto di indirizzo e coordinamento 2009-2011 della Conferenza Territoriale sociale e sanitaria, contenente anche il Profilo di Comunità della Provincia di Bologna. Si rinvia pertanto a tali atti di programmazione per l'inquadramento generale della situazione e degli obiettivi programmatici.

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

Principi

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

Priorità

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

⁷ "Prima attuazione del PSSR 2008-2010: approvazione delle procedure per la programmazione di ambito distrettuale 2009-2011, linee guida per la partecipazione del terzo settore, del programma di accompagnamento e formazione

LE PRIORITÀ TRASVERSALI E DI SISTEMA

Nel prossimo triennio dovrà essere consolidata la funzione del Comitato di Distretto per il governo della rete integrata dei servizi alla persona, proseguendo in direzione dell'integrazione sociosanitaria, ma anche dell'integrazione tra politiche sociali e politiche educative e scolastiche. Si approfondiranno le connessioni con le politiche per il lavoro, la casa, la mobilità. L'Ufficio di Piano svilupperà il proprio ruolo di supporto al Comitato di Distretto per le funzioni di programmazione, regolazione e committenza.

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

Le priorità sono:

- **Integrazione sociosanitaria:** definizione di un accordo tra Comune e AUSL, per la definizione di modelli operativi che superino la settorialità, fondati sull'integrazione professionale e precisi rapporti finanziari. In particolare l'accordo preciserà i percorsi, le unità multidisciplinari per la valutazione dei casi e la presa in carico congiunta.
- Qualificazione dei servizi: introduzione dei sistemi di accreditamento dei servizi, alla luce della normativa regionale e delle indicazioni contenute nel Regolamento comunale; introduzione della Carta dei servizi per i servizi educativi scolastici e integrativi a gestione diretta.
- **Sviluppo dei Servizi Sociali Territoriali:** Sviluppo degli sportelli sociali, attraverso l'integrazione con gli sportelli sanitari, gli sportelli lavoro e i servizi di informazione del terzo settore. Completamento della implementazione del sistema informativo Garsia e definizione di un sistema di gestione della qualità (in particolare manuale della qualità, carta dei servizi, monitoraggio dei processi). Produzione della normativa necessaria alla piena applicazione del nuovo regolamento (contribuzione basata sull'ISEE, promozione sociale, applicazione del principio di sussidiarietà);
- **Sviluppo delle ASP:** Perfezionamento degli strumenti di committenza (contratto di servizio, sistema di monitoraggio del contratto di servizio). Integrazione dei processi di gestione delle risorse (in particolare del patrimonio) e di realizzazione dei servizi. Certificazione della qualità. Sinergie con il terzo settore.
- **Promozione del benessere e prevenzione in tutti i contesti di vita:** Si riconfermano i principi ispiratori dei Piani per la salute partendo dalla consapevolezza che la tutela della salute non si riduce a interventi di natura specificamente sanitaria, ma richiede una prospettiva di analisi e di intervento ad ampio raggio, che consideri l'impatto dell'insieme delle politiche sulla salute e il benessere della popolazione, e di conseguenza impegni tutti gli attori del territorio a intervenire.

I principi ispiratori dei Patti per la salute sottoscritti nel territorio bolognese rispettivamente dalla CTSS e dal Circondario Imolese, prevedono un:

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

- priorità verso scelte di strategie partecipative e gli interventi di provata efficacia ed appropriatezza.
- **Partecipazione alla rete città sane per la promozione della salute** con un ruolo di Bologna alla Presidenza e al Coordinamento nazionale dell'Associazione Rete Città Sane come confermato nel 2007 in occasione del Meeting nazionale.
- **Innovazione orientata all'inclusione e alla personalizzazione dei servizi:** In questo ambito è necessario muoversi per garantire la massima accessibilità per fare delle nuove tecnologie uno strumento di inclusione, in particolare, ma non soltanto, per gli anziani e le persone che hanno limitazioni al movimento. Lo sforzo per realizzare questo salto di qualità ha caratterizzato il lavoro della CTSS di Bologna per tutto questo mandato, e deve proseguire nel prossimo triennio, per il quale in particolare ci si pongono come obiettivi:
 - l'estensione e il consolidamento del progetto e-Care/Oldes,
 - lo sviluppo di un Portale della salute (www.salute.bologna.it) che costituisca un'interfaccia unica fra il cittadino e il sistema a rete della sanità bolognese (Azienda USL, Policlinico S. Orsola- Malpighi, Rizzoli).
 - **Integrazione istituzionale, comunitaria, gestionale e professionale:** L'integrazione è obiettivo strategico fondamentale del prossimo triennio intesa come sviluppo di un sistema di collaborazioni ben definite tra i soggetti pubblici e tra soggetti pubblici e privati in un'ottica di sussidiarietà orizzontale e verticale (integrazione istituzionale, comunitaria, professionale e gestionale).
- **Valorizzazione delle risorse umane:** Elemento primario per la cura della rete, è la cura delle risorse umane, riducendo il turn over e determinando modelli organizzativi più stabili, attraverso la qualificazione del personale e la partecipazione/coinvolgimento.

LE PRIORITA' PER AMBITO DI INTERVENTO

Area delle responsabilità familiari e della tutela dell'infanzia e dell'adolescenza

1. Integrazione fra le politiche per la prevenzione e la promozione del benessere:

- La diffusione di occasioni di confronto e formazione per i genitori, con offerta di consulenze soprattutto in ambito educativo;
- Sviluppo di politiche di conciliazione a favore delle famiglie per promuovere condizioni di pari opportunità di accesso e permanenza nel mercato del lavoro e per perseguire l'obiettivo di favorire la conciliazione tra tempi di cura e di lavoro. Introduzione del "voucher conciliativo".
- La promozione degli stili di vita sani, l'educazione alla affettività e alla sessualità, in particolare coinvolgendo gli adolescenti e i giovani. In tale ambito occorre anche rilanciare la prevenzione delle dipendenze da sostanze e da alcool, in tutti gli ambienti di vita dei ragazzi: scuola, strada, sport, luoghi del divertimento;
- Nuovo impegno per il diritto allo studio: adeguamento dell'offerta di servizi alle nuove esigenze dei genitori, integrazione interculturale, attenzione alla socializzazione dei ragazzi e contrasto della violenza nelle scuole, attenzione alle difficoltà economiche delle famiglie che ostacolano l'uguaglianza dell'accesso alle opportunità educative, contrasto dell'abbandono e della dispersione, integrazione dei migranti di seconda generazione;
- Sviluppo di politiche per la formazione durante tutto l'arco della vita;
- Inquadramento delle iniziative di integrazione scolastica degli allievi disabili in un progetto di vita, con specifica attenzione ai passaggi tra i diversi gradi dell'istruzione e tra scuola e lavoro;
- Limitazione degli eccessi di istituzionalizzazione dei minori in comunità, attraverso una migliore promozione dell'adozione e dell'affido e la sperimentazione di forme di "presa in carico leggera" del minore in difficoltà e dei suoi genitori;
- Migliore integrazione delle politiche comunali in campo educativo con i consultori e i servizi di neuropsichiatria.

Nel Quartieri, l'armonizzazione operativa tra i servizi educativo – scolastici e gli educatori dei servizi sociali, realizzatesi con i nuovi Servizi Sociali Territoriali costituirà una nuova risorsa per l'integrazione della azioni a sostegno alle funzioni genitoriali.

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

- La significativa accentuazione dell'impoverimento di fasce della popolazione rende urgente la definizione di un vero e proprio Piano cittadino per il contrasto della povertà, che presti attenzione alle cause dell'impoverimento, agendo preventivamente per limitarne gli effetti.
- Contemporaneamente vanno integrate le tradizionali prestazioni di aiuto economico, superandone la settorializzazione per target di popolazione, coordinando le erogazioni economiche (assistenziali, per la casa, per la cura, per la disabilità, etc.) e cercando di colmare le lacune (disoccupazione cronica, espulsione dal mercato del lavoro)

3. Potenziamento e sviluppo dei servizi educativi, in particolare per la prima infanzia

- Nuovo Piano per l'estensione dell'offerta di servizi per la prima infanzia, non necessariamente di nido, e salvaguardia della piena frequenza della scuola per l'infanzia.
- Migliore integrazione delle politiche comunali in campo educativo con i consultori e i servizi di neuropsichiatria;

- Apertura di centri per le famiglie nei Quartieri.
- Riprogettazione della rete dei Centri Anni Verdi e delle altre opportunità di incontro e iniziativa, presenti nei Quartieri, al fine di promuovere una offerta educativa per gli adolescenti, moderna ed adeguata.

4. Miglioramento del sostegno alle famiglie e ai minori in difficoltà

- Riorganizzazione delle équipes multidisciplinari, per la valutazione dei casi complessi e la presa in carico congiunta dei servizi sociali e sanitari;
- Sviluppo dei servizi sociali professionali, anche attraverso una specifica formazione degli operatori;
- Definizione di accordi con l'AUSL, in ambito provinciale, per il consolidamento di servizi specializzati, ad esempio per l'abuso e il maltrattamento;
- Rafforzamento dell'Ufficio Tutela e della consulenza giuridica per la tutela dei minori;
- Sviluppo delle relazioni di rete per l'accoglienza temporanea per casi specifici ad esempio protezione delle minori vittime della tratta;
- Formalizzazione dei rapporti con il Tribunale dei Minorenni
- Pianificazione della offerta di posti in Comunità, con il coinvolgimento dell'ASP IRIDeS, del Centro Giustizia Minorile, del Terzo settore, per dare a Bologna (con una ottica provinciale) una rete di opportunità adeguata qualitativamente alle esigenze attuali, ma anche autosufficiente.

Area delle politiche giovanili

1. Coordinamento dei servizi

- Costituzione di Staff intersettoriali e interistituzionali per la progettazione comune, il monitoraggio, la governance delle politiche giovanili.
- Coordinamento dei diversi tipi di interventi su iniziative partecipative e per il tempo libero: sportive e culturali, luoghi di incontro.
- Coordinamento delle iniziative preventive, unità di strada, SERT, Centri salute mentale, per realizzare in ogni Quartiere "azioni di prossimità", con un approccio comunitario alle problematiche giovanili.
- Focalizzazione dei percorsi di accesso all'istruzione superiore e all'università, alla casa, al lavoro, alla vita pubblica, ai mezzi di comunicazione, per progettare azioni coordinate e trasversali di promozione dei giovani.
- Riprogettazione della rete dei Centri Anni Verdi e delle altre opportunità di incontro e iniziativa, presenti nei Quartieri, al fine di promuovere una offerta educativa per gli adolescenti, moderna ed adeguata.

Immigrati

1. Accesso ai servizi

- Consolidare e migliorare l'accesso ai servizi scolastici e alle prestazioni assistenziali, attraverso gli sportelli sociali e i servizi sociali professionali, garantendo un uguale percorso, rispetto alla popolazione italiana;
- Sviluppare il servizio di mediazione culturale;
- Potenziare lo sportello protezioni internazionali, per i rifugiati e i richiedenti asilo,
- Mettere in rete tutti gli sportelli informativi e di orientamento per gli immigrati

2. Alfabetizzazione alla lingua italiana

- Promuovere una didattica aggiornata dell'italiano come seconda lingua;
- Mettere in rete tutte le iniziative formative esistenti;
- Prevedere iniziative specifiche per gli allievi stranieri nel loro primo anno di frequenza scolastica;

3. Politiche di genere

- Facilitare l'accesso delle donne straniere ai servizi consultoriali e agli screening preventivi;
- Maggiore attenzione alla tutela della donna dai maltrattamenti familiari;
- Promuovere una migliore e più corretta alimentazione;
- Sostenere i percorsi di accesso al lavoro.

4. Seconde generazioni

- Sviluppare il ruolo del Centro Zonarelli per l'iniziativa delle associazioni dei giovani stranieri di seconda generazione;
- Integrare nelle iniziative di quartiere i giovani stranieri di seconda generazione, facilitando il loro protagonismo;
- Favorire l'accesso al lavoro, in particolare nei servizi alla persona.
- Favorire l'integrazione degli alunni stranieri nei servizi scolastici nei diversi ordini di scuola.

5. Accoglienza e casa

- Qualificare le opportunità di accoglienza, limitando i centri di prima accoglienza, a favore di strutture meno emergenziali, per sperimentare forme innovative di housing sociale quali l'albergo popolare, i pensionati, le residenze per famiglie,
- Sviluppare la funzione di intermediazione con il mercato dell'affitto, con percorsi di accompagnamento, anche economico alla autonomia;
- Promuovere l'autocostruzione, l'accesso al credito, la cooperazione di edificazione;
- Realizzare strutture per l'accoglienza delle famiglie in emergenza anche attraverso l'ASP Poveri Vergognosi.

6. Inclusione, partecipazione

- Sostenere il ruolo e le iniziative delle consulte degli immigrati
- Sostenere iniziative di comunicazione interculturale, da un lato, e attivare forme di partecipazione e rappresentanza politica

dei cittadini extracomunitari ed apolidi, dall'altro lato

- Sostenere l'associazionismo degli immigrati, attraverso la concessione di sedi e contributi per le LFA
- Favore iniziative etniche aperte alla popolazione per favorire il senso di appartenenza, le responsabilità personale e collettiva, l'auto-mutuo-aiuto e il dialogo

7. Cooperazione internazionale

Si pone l'esigenza per il welfare locale di maturare delle competenze in fatto di cooperazione internazionale, lungo due direttrici principali:

- il sostegno a progetti di rimpatrio volontario assistito nei Paesi di origine, specie per gli immigrati in difficoltà non momentanea ma strutturale;
- il ruolo dei migranti quali agenti di sviluppo nei propri Paesi di origine.

Carcere, povertà, esclusione

1. Sviluppare e migliorare la capacità di leggere i processi di impoverimento e di emarginazione

- Sviluppo di un progetto Povertà
- Sviluppo dell'Osservatorio sociale
- Coordinare l'iniziativa e il monitoraggio dei Servizi Sociali Territoriali della popolazione rom e sinta;
- Sostegno alle azioni del garante per le persone prive di libertà personale

2. Lavoro

- Integrare l'operatività dei centri per l'impiego, gli sportelli sociali, gli sportelli lavoro
- Passare da interventi di sostegno, basati sulle borse lavoro, a percorsi di formazione, accompagnamento, occasioni di lavoro socialmente utile, maggiormente integrati in un specifico progetto lavoro;
- Estendere le commesse alle cooperative di tipo B;
- Rilanciare Lavori socialmente utili, presso aziende ed enti pubblici;
- Consolidare, anche attraverso l'ASP Poveri Vergognosi, lo sportello informativo e lo sportello lavoro interni al carcere e i progetti di lavoro per le persone sottoposte a misure di limitazione della libertà personale (azienda intramuraria);
- Sostenere le esperienze di empowerment delle cooperative e delle associazioni;

3. Casa

- Consolidare i servizi a bassa soglia, prevedendo specifica offerta alle donne. Estendere le comunità per donne con figli;
- Sviluppare l'accoglienza in zona stazione
- Aumentare l'offerta di appartamenti per emergenza abitativa, per donne sole con figli.
- Prevedere una specifica offerta residenziale pubblica per pazienti psichiatrici;
- Aumentare le occasioni di seconda accoglienza e il reinserimento sociale;

- Verificare le norme di accesso e permanenza negli alloggi ERP, monitoraggio degli sfratti;
- Dare maggiore certezza e stabilità ai fondi per l'erogazione di contributi per l'affitto,
- Sviluppare l'azione delle Agenzie per l'affitto;
- Sviluppare le iniziative per i mutuatari in difficoltà;
- Proseguire il piano di riqualificazione delle aree attrezzate per sinti, trasformandole in aree a destinazione particolare;
- Accordi con le aziende che erogano gas, acqua, energia elettrica, per responsabilizzarle nei confronti delle persone e famiglie in difficoltà economica.

4. Salute e benessere sociale

- Promuovere iniziative di educazione alla salute e di informazione sull'accesso ai servizi sanitari (es. contrasto dell'uso improprio del pronto soccorso)
- Monitoraggio delle persone fragili, attraverso sistemi di E care;
- Orientare tutti i servizi e le risorse sociali al sostegno delle persone sole, in stato di emarginazione, disagio, dipendenza.

Anziani

1. Rilanciare una politica coordinata del Comune, a favore della vita attiva delle persone sociale

- nuovo ruolo dei centri sociali, delle università per la terza età, delle zone ortive, dell'associazionismo;
- aggiornamento degli interventi per la mobilità, l'attività motoria, la cura del corpo e della mente, l'adeguamento della casa
- proposta culturale innovativa
- volontariato

2. Prevenzione

- Prevedere specifiche iniziative per gli anziani per favorire sani stili di vita e promozione del benessere

3. Evoluzione dell'Offerta

- Riprogrammazione delle cure primarie e ospedaliere per gli anziani;
- Sviluppo del sistema di dimissione protette dall'ospedale;
- Potenziamento dell'assistenza domiciliare (Livello minimo delle prestazioni: 2% anziani ultrasessantacinquenni in ogni quartiere). Contenimento delle liste di attesa. Adeguamento ai requisiti regionali per l'accreditamento;
- Potenziamento degli assegni di cura (obiettivo del triennio 2,5 % anziani ultrasessantacinquenni)
- Apertura di due nuovi centri diurni;
- Potenziamento dell'accoglienza in Case Protette e RSA (per raggiungimento dello standard regionale del 3% anziani ultrasessantacinquenni). Le strutture necessarie per il potenziamento dell'accoglienza sono in costruzione, ma l'obiettivo è quello di garantire in ogni modo già dal 2009 la copertura, utilizzando provvisoriamente posti convenzionati fuori Comune;
- Consolidamento ricoveri temporanei e di sollievo;
- Consolidamento e messa a regime progetti E Care, Oldes, Monitoraggio anziani fragili.

Disabilità, invalidità e non autosufficienza in età adulta

1. Integrazione e ricomposizione dei servizi ed equità di accesso per tutti i cittadini

- Sviluppare il ruolo dei Servizi Sociali Territoriali nei percorsi di accesso alle prestazioni delegate all'AUSL
- Formalizzazione delle norme e dei percorsi per l'accesso (in particolare valutazione multidimensionale);
- Attenzione alle disabilità acquisite, con adeguata informazione alle opportunità esistenti

2. Integrazione degli interventi educativi e sanitari rivolti ai bambini disabili

- Sviluppo di un accordo territoriale per l'integrazione scolastica;
- Integrazione dei percorsi di istruzione e formazione con i percorsi di inserimento nel lavoro;

3. evoluzione dei servizi sociosanitari

- attivazione di posti di ricovero temporaneo e di sollievo;
- realizzazione di risposte alle emergenze;
- riprogettazione del sistema di assistenza domiciliare, con la messa in rete delle assistenti familiari;
- integrazione degli interventi per il tempo di vita (mobilità, vacanze, tempo libero etc.)

4. Accesso e permanenza nel mercato del lavoro

- Passare da interventi di sostegno, basati sulle borse lavoro, a percorsi di formazione, accompagnamento, occasioni di lavoro socialmente utile, maggiormente integrati in un specifico progetto lavoro;
- Rinnovo del protocollo operativo per la presa in carico dei soggetti multiproblematici;
- Sostegno alle cooperative sociali di tipo B

Normativa di riferimento:

- *Delibera di Giunta Regionale n 175 /2008 del 22 maggio 2008 "Piano Sociale Sanitario 2008-2010"*
- *Circolare regionale P.G 129056/2008 del 22/05/2008 Proposta di "Indicazioni per la costruzione del Profilo di comunità"*
- *Circolare regionale P.G 55319/2008 del 26/02/2008 "Linee per la definizione del ruolo e delle funzionamento delle Conferenze Territoriali Sociali e Sanitarie e dell'atto di Indirizzo e Coordinamento.*
- *Delibera della Giunta Regionale n1682/2008 del 20 ottobre 2008 "Prima attuazione del PSSR 2008-2010: approvazione delle procedure per la programmazione di ambito distrettuale 2009-2011, linee guida per la partecipazione del terzo settore, del programma di accompagnamento e formazione*
- *"Atto di indirizzo e coordinamento triennale 2009-2011" – Conferenza territoriale sociale e sanitaria di Bologna – Giunta ex CTSS del Nuovo Circondario imolese – approvato in seduta plebnaia il 3 novembre 2008*

Allegato 1 Breve sintesi risultanze del profilo di comunità – dall'atto di indirizzo della CTSS

Profilo demografico

- La popolazione aumenta seppur di poco. Il cambiamento maggiore riguarda le caratteristiche della popolazione: aumenta dopo anni di stagnazione la fascia 0-14 anni e contemporaneamente cresce anche la quota più anziana della popolazione (75+), cresce la popolazione immigrata residente (nel 2007 rappresenta il 6,9% della popolazione complessiva), di cui la metà sono donne segno di una ormai consolidata propensione alla stabilizzazione. Le stime per i prossimi anni prevedono un aumento del degli ultraottantenni, della fascia 0-14 anni e della componente immigrata; previsto invece un calo della fascia 30-44.
- Presumibilmente si manterranno vive le sfide generali cui deve rispondere il sistema di welfare bolognese: servizi per l'infanzia; connotazione multiculturale della scuola; servizi e interventi per 'grandi anziani', capacità di rispondere a bisogni sempre più differenziati culturalmente.

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

- Parti sempre più numerosi da mamme sempre più "attempate" e da donne straniere; mortalità neonatale in costante diminuzione ma contestualmente aumentano i nati fortemente sottopeso;
- Si vive sempre più a lungo, le donne continuano a vivere più degli uomini, ma il gap sta riducendosi; permangono differenze significative tra i Distretti specie nell'area montana.
- Assume un'importanza rilevante la quota di eventi mortali riconducibili a cause di morte evitabile (es. alcune patologie tumorali, AIDS, morti violente, ecc.) che pesano per più di un quinto della mortalità complessiva.

Ambiente e territorio

- Quanta strada ancora da fare in termini di qualità dell'ambiente, in particolare per la riduzione dell'inquinamento atmosferico e delle 'micidiali' polveri sottili (PM10, PM2,5, NO2, ozono anche nel 2006 non hanno rispettato i limiti di legge). Ad es. più che la quantità pare incidere sulla salute la composizione dei singoli inquinanti da cui la necessità di avere sistemi di misurazione adeguati; servono inoltre serie storiche di dati che consentano analisi più approfondite.
- Migliore la situazione per quel che concerne la raccolta differenziata dei rifiuti: il trend è in crescita.
- E' importante incrementare la quota di verde pubblico e sostenere modelli di mobilità alternativi.
- La qualità dell'ambiente è strategica per la salute della popolazione, tuttavia non sempre i dati vengono aggiornati sistematicamente ed a volte risultano di difficile interpretazione, in quanto mancano indicatori di valutazione standard (es. verde per abitante, Km di piste ciclabili e loro effettiva percorribilità)
- Il traffico urbano privato incide negativamente e in modo preoccupante sulla salute e sul benessere complessivo della popolazione (ad es. disincentivando all'uso della bicicletta o a svolgere attività fisica all'aperto); alcuni soggetti ne risultano inoltre maggiormente colpiti (bambini in primis). Emerge che scelte individuali e decisioni pubbliche hanno una diretta influenza sullo stato dell'ambiente; a sua volta componente essenziale per il benessere e la salute di ciascuno. Una minor mobilità privata su gomma, l'utilizzo di combustibili a ridotto impatto ambientale anche per il riscaldamento di abitazioni ed edifici pubblici, un'ulteriore attenzione alla raccolta differenziata, alla qualità dei percorsi ciclopedonali e l'innalzamento della dotazione di verde per abitante, sono alcune fra le misure volte al miglioramento della qualità ambientale; fondamentale la sinergia fra azioni pubbliche e scelte individuali.

Salute e stili di vita

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

- Crescono le malattie cosiddette da benessere tra le quali in primis obesità e problematiche psicologiche, ma anche le malattie croniche quali il diabete, malattie respiratorie e le neoplasie; le malattie cardiovascolari diminuiscono, sebbene siano ancora la prima causa di morte in entrambi i sessi.
- Esistono differenze territoriali, sia per patologie cardiovascolari che per tumori, delle quali è bene tenere conto in sede di programmazione e di prevenzione. Certamente tali problematiche chiamano in causa politiche e risorse non solo sanitarie.

Gli incidenti stradali

- Anche se in leggera diminuzione gli incidenti stradali rappresentano oltre il 52% delle cause di morte rilevate in giovani tra i 15 ed i 24 anni, percentuale che resta alta anche per la classe di età tra i 25 ed i 44 anni (oltre il 15%).
- Gli incidenti sono più frequenti in provincia che in città, in connessione ad un uso maggiore dell'automobile e alle caratteristiche della rete stradale.

Casa: un problema per molti, risposte pubbliche per pochi

- Pressione abitativa: crescono le famiglie che necessitano di una casa (in quanto nuove famiglie o in quanto nuovi residenti, soprattutto cittadini stranieri). Allo stesso tempo cresce la difficoltà di accedere ad un'abitazione di proprietà per il costo elevato dei mutui o per l'assenza di garanzie economiche; difficoltà si registrano anche sul fronte delle locazioni: l'elevato costo dei contratti sta diventando sempre meno accessibile per alcune fasce di popolazione. Segno di tale difficoltà è l'aumento del numero di domande valide del fondo sociale per l'affitto.
- Le azioni messe in campo dal pubblico appaiono in questo settore ancora insufficienti (emblematico il numero di domande ERP insoddisfatte); non dimentichiamo che si tratta di un ambito da tutti riconosciuto come problematico non solo per le fasce di popolazione svantaggiate ma sempre più anche per il cosiddetto ceto medio. Molti ancora gli alloggi Erp non occupati
- Il dato che vede quasi il 70% delle famiglie abitare in case di proprietà (dato inferiore del 10% rispetto a quello indicato dall'Istat per il livello nazionale) non deve soddisfare. Occorre evidenziare la possibile connessione tra le condizioni abitative e le condizioni di salute. Inoltre: chi sono i 'non proprietari'? A livello nazionale l'Istat stima che il 75% di essi (4,3 milioni di famiglie) abbia redditi inferiori ai 20.000 euro annui trovandosi a sopportare un canone di locazione che incide per il 50% del reddito e che spesso siano famiglie di giovani coppie, anziani, immigrati.

La struttura economico-produttiva

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

Uno sguardo al reddito: aumenta la forbice della ricchezza

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

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

- La contrattazione atipica sembra assumere due facce: da un lato all'ingresso nel mondo del lavoro, come indica la proporzione di questi contratti siglati da lavoratori sotto i 35 anni, specie dalle donne; dall'altro all'uscita per quei lavoratori che, espulsi tardivamente dal mondo del lavoro e non ancora in età pensionabile, risultano non facilmente reimpiegabili con conseguenti difficoltà socio-reddituali e possibili fenomeni di marginalità sociale.
- Complessivamente la situazione del mercato del lavoro suggerisce di prestare attenzione alla combinazione (che può oscillare tra sostenibilità e conflittualità) tra fattori lavorativi e fattori sia familiari (tipologia nucleo familiare, ruoli e culture di genere, carichi di cura, equilibrio tra tempo di

vita e tempo di lavoro) sia istituzionali (offerta di politiche a sostegno della conciliazione e delle pari opportunità), con un'attenzione particolare agli effetti che si producono all'incrocio fra genere, età e provenienza. Non va dimenticato, infine, il ruolo essenziale delle imprese per un'efficace politica di conciliazione.

- Da non sottovalutare la stretta connessione tra la situazione socio-economica ed il benessere psicofisico della popolazione.

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

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

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

'Clima' comunitario, relazioni sociali e qualità della vita

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

- La percezione sulla sicurezza: calano i toni di allarmismo

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

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

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

Allegato 2 Profilo di comunità – alcuni dati di raffronto a livello provinciale

Al fine di offrire informazioni sintetiche e snelle per la programmazione locale e per l'analisi del profilo di comunità distrettuale (capitolo 2 del Piano di zona, cfr Linee di indirizzo regionali), si propone di seguito **una selezione di dati** (su quadro demografico, offerta, domanda espressa, ecc.) ritenuti utili per le varie sedi del processo programmatorio. Va da sé che tale sintesi **non sostituisce** la disamina molto più completa ed approfondita svolta nel Profilo di comunità provinciale parte integrante dell'Atto di indirizzo

Parte I - La comunità in cui viviamo

1. Profilo demografico

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

Minorenni della popolazione immigrata 2007	19,0%	Inferiore al dato provinciale (19,2%)
--	-------	---------------------------------------

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

1. Ambito sanitario

1.1. Tossicodipendenza e alcolismo

Oggetto	dato	Confronto provinciale	note
<i>Tossicodipendenti in carico sul totale provinciale 2007</i>	1.584 su 3.503 45,2%		Utenti in carico ai ser.T Ovest, Est e Navile
	747 su 3.503 21,3%		Utenti in carico al carcere
	207 su 3.503 5,9%		Utenti in carico all'unità mobile
<i>Variazione tossicodipendenti in carico dal 2004-2007</i>	2004 - 1.448 2007 - 1.584 +9,4%	Inferiore al dato provinciale (+12,6%)	Utenti in carico ai ser.T Ovest, Est e Navile
	<i>Andamento: discontinuo</i>		
	2004 - 522 2007 - 747 +43,1%		Utenti in carico al carcere
<i>Alcolisti in carico sul totale provinciale 2007</i>	2004 - 249 2007 - 207 -16,9%		Utenti in carico all'unità mobile
	<i>Andamento: discontinuo</i>		
	545 su 1.130 48,2%		Utenti in carico ai ser.T Ovest, Est e Navile
<i>Variazione alcolisti in carico 2004-2007 (2005-2007 per gli utenti in carico al carcere)</i>	23 su 1.130 2,0%		Utenti in carico al carcere
	2004 - 480 2007 - 545 +13,5%	Inferiore al dato provinciale (+18,4%)	Utenti in carico ai ser.T Ovest, Est e Navile
	<i>Andamento: discontinuo</i>		
<i>Variazione alcolisti in carico 2004-2007 (2005-2007 per gli utenti in carico al carcere)</i>	2005 - 24 2007 - 23 -4,2%		Utenti in carico al carcere
	<i>Andamento discontinuo</i>		

2. Ambito sociale e socio-sanitario

2.1. Area minori (di 18 anni)

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

2.2. Area anziani

Oggetto	dato	Confronto con dato provinciale
	<i>Area domiciliarità</i>	
<i>Anziani con assegni di cura sul totale provinciale 2006</i>	2.150 su 4.940 43,5%	
<i>Anziani con assegno di cura sul totale pop >75 2006</i>	4,0%	Inferiore al dato provinciale (4,3%)
<i>Anziani assistiti in SAD sul totale pop > 75 2006</i>	3,0%	Inferiore al dato provinciale (3,2%)
<i>Anziani assistiti in AD oneri adi sul totale provinciale 2006</i>	192 su 941 20,4%	
<i>Anziani > 75 assistiti in AD oneri adi sul totale pop > 75 2006</i>	0,4%	Inferiore al dato provinciale (0,8%)
<i>Anziani in dimissioni protette sul totale provinciale 2007</i>	417 su 1.343 31,0%	

Oggetto	dato	Confronto con dato provinciale
<i>Area residenzialità</i>		
<i>Strutture convenzionate</i>		
<i>Posti convenzionati in strutture residenziali per non autosufficienti su popolazione > 75 2006</i>	2,6%	In linea con il dato provinciale (2,6%)
<i>Soggetti in lista d'attesa per i posti residenziali sul totale provinciale 2006</i>	1.001 su 1.803 55,5%	
<i>Numero anziani inseriti su posto convenzionato 2006</i>	873	
<i>Posti convenzionati in strutture semiresidenziali per non autosufficienti su popolazione > 75 2006</i>	0,4%	In linea con il dato provinciale (0,5%)

Oggetto	dato	Confronto con dato provinciale
<i>Area residenzialità</i>		
<i>Strutture autorizzate</i>		
<i>Posti non convenzionati in strutture residenziali sul totale provinciale 2006</i>	1.025 su 4.197 24,4%	
<i>Posti non convenzionati in strutture semi residenziali sul totale provinciale 2006</i>	77 su 359 21,4%	
<i>Posti per accoglienza temporanea di sollievo sul totale provinciale 2006</i>	33 su 73 45,2%	

2.3. Area disabili

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

3. Ambito educativo e socio-educativo

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

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

4. Ambito formativo e lavoristico

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

5. Ambito abitativo

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

