

# BILANCIO SOCIALE

## 2010



# Presentazione

Il 9 dicembre 2004 il Consiglio della Regione Emilia-Romagna con delibera n. 623 afferma che " le Aziende derivanti dal processo di trasformazione delle attuali Istituzioni devono innanzitutto garantire la continuità dei servizi attualmente gestiti dalle stesse Istituzioni ed assumere il ruolo di produzione ed erogazione di eventuali ulteriori servizi nell'ambito e secondo le esigenze della pianificazione locale, così come definita dai Piani di zona (il cui ambito territoriale coincide con quello del Distretto sanitario), attuando un processo di aziendalizzazione, in una logica di sviluppo delle proprie capacità gestionali ed organizzative, per essere in grado di produrre ed erogare servizi socio-assistenziali e socio-sanitari necessari alle esigenze della programmazione locale, garantendo efficienza, economicità, qualità delle prestazioni".

La situazione attuale delle ASP emiliano-romagnole è caratterizzata da un elevato grado di eterogeneità in relazione, ad esempio, alla "storia" e al sistema di valori delle realtà che in esse sono confluite, alla loro dimensione, alle tipologie di servizi offerti, alle modalità organizzative scelte, al loro sistema di relazioni, ecc..

La Regione ha proposto un modello di bilancio sociale e relative linee guida per la sua predisposizione, che siano capaci di rispondere a esigenze diverse, in contesti aziendali caratterizzati da condizioni anche molto differenti.

A partire da questo modello, si è proceduto a stendere la rendicontazione sociale del 2010, con la consapevolezza che anche realtà aziendali di piccola dimensione come la nostra, con risorse modeste, si debbano comunque confrontare con questo schema.

Per queste ragioni il Bilancio Sociale che presentiamo ha una struttura modulare: descrive l'assetto aziendale, le attività rese e le risorse utilizzate, adattando i contenuti specifici alla disponibilità e la validità dei dati presenti in Azienda, nell'ottica di andare ad implementare il progressivo sviluppo del documento attraverso un percorso pluriennale.



*Il Presidente ASP*

*Gigliola Poli*

# INDICE

## Presentazione

### **Parte I** Valori di riferimento, visione e indirizzi

▪ Identità aziendale	Pag. 4
▪ Il sistema delle relazioni aziendali	Pag. 5
▪ Il sistema di governance	Pag. 8
▪ La mission	Pag.10
▪ Gli obiettivi strategici	Pag.11
▪ La struttura organizzativa	Pag.14

### **Parte II** Rendicontazione delle politiche e dei servizi resi

1. L'attività istituzionale nel 2010	Pag.16
2. Le schede delle singole attività	
2.1 Il sistema di accesso ai servizi:	
- Sportello sociale	
- Servizio sociale professionale	Pag.18
- Unità di Valutazione Multidimensionale	
2.2 La fornitura e l'erogazione degli interventi per famiglie con minori	
- Contributi economici	
- Interventi di accoglienza	Pag.23
- Rapporti con autorità giudiziaria	
2.3 La fornitura e l'erogazione degli interventi per adulti in difficoltà	Pag.31
-	
2.4 La fornitura e l'erogazione degli interventi per disabili	
- Integrazione sociale	
- Sostegno a domicilio	Pag.33
- Residenzialità	
-	
2.5 La fornitura e l'erogazione degli interventi per anziani:	
- Interventi economici	
- Servizi domiciliari	Pag.35
- Centri diurni	
- Residenze	

### **Parte III** Rendicontazione delle risorse disponibili e utilizzate

3.1 Risorse economico-finanziarie	Pag.44
3.2 Risorse umane	Pag.47
3.3 Infrastrutture e tecnologie	Pag.50

# Parte I

## Valori di riferimento, visione e indirizzi

### 1. L'IDENTITÀ AZIENDALE

L'ASP Circondario Imolese nasce il 1° gennaio 2008.

Il 14 novembre 2007 i Comuni di Borgo Tossignano, Casalfiumanese, Castel del Rio, Castel S. Pietro Terme, Castel Guelfo di Bologna, Dozza, Fontanelice, Imola, Medicina, Mordano e la Comunità Montana Valle del Santerno siglano in una Convenzione la loro partecipazione, in qualità di soci, all' Azienda pubblica di servizi alla persona (ASP) Circondario Imolese, con sede in Castel San Pietro Terme.

Viene conferita all'ASP la gestione delle attività, a favore di cittadine e cittadini residenti nel territorio degli Enti conferenti, negli ambiti relativi ai Minori, ai Disabili, agli Adulti, agli Immigrati ed agli Anziani (accesso - valutazione - programma assistenziale individuale - verifica degli interventi previsti nel piano, eventuale aggiornamento e valutazione della soddisfazione degli utenti).

Viene infine conferito all'ASP tutto ciò che concerne l'organizzazione e la gestione nel Circondario di progetti e attività specifiche attinenti agli ambiti su indicati, in materia di programmazione territoriale: Piano di Zona e Programmi Attuativi, Piano delle Attività per la Non Auto Sufficienza - F.R.N.A., Piano per la Salute ed il Benessere Sociale - atti della funzione programmatoria attribuita dai Consigli Comunali al Circondario.

La materia è stata meglio dettagliata nei contratti di servizio che sono stati firmati nel corso del 2008 con i singoli Comuni e il Distretto dell'Azienda USL di Imola.

Si conclude, così, un percorso iniziato con il Programma delle trasformazioni aziendali delle IPAB aventi sede nella Zona sociale del Circondario Imolese, approvato dalla Giunta del Circondario Imolese nella sua veste di Comitato di Distretto nella seduta del 10/05/2006, che prevedeva:

- relativamente alle IPAB che procedevano alla trasformazione, la fusione in un'unica ASP della Casa di Riposo per Inabili al lavoro di Imola, dell'Opera Pia S. Maria Tossignano di Borgo Tossignano e delle Istituzioni di Assistenza Riunite di Medicina operanti in ambito socio-assistenziale e socio-sanitario per anziani e aventi un volume di attività che rendeva obbligatoria sia la trasformazione in Azienda pubblica che la fusione;
- quale obiettivo delle Amministrazioni comunali della Zona sociale, quello di unificare la gestione in un unico soggetto (ASP) servizi ed interventi sia di carattere Socio-assistenziale, Socio-sanitario, Socio-educativo relativamente agli ambiti di attività: minori, anziani, adulti, disabili, immigrati; oltre ai servizi ed agli interventi già gestiti dalle IPAB che si fondevano, la costituenda ASP doveva gestire, con appositi contratti di servizio, quelli allora conferiti e affidati dagli Enti pubblici territoriali sottoscrittori della convenzione al Consorzio Servizi Sociali Imola, nonché quelli gestiti dall'Istituzione dei Servizi Sociali conferiti dal Comune di Castel San Pietro Terme.

Nel 2009 il Circondario Imolese subentra alla Comunità Montana e coordina la stipula dei Contratti di servizio fra Comuni e ASP. Nei contratti sono previsti anche alcuni servizi aggiuntivi, quali la gestione dell'Ufficio casa per i Comuni di Imola e Medicina.

Il 2009 si presenta, quindi, come un anno di consolidamento della struttura di ASP, che risulta connotata da tre linee di servizi: una a sostegno della programmazione territoriale, una dedicata all'accesso e all'erogazione di servizi sociali, una terza di produzione diretta e indiretta - tramite cooperative sociali- dei servizi per anziani e disabili non autosufficienti.

Questa connotazione viene modificata nel 2010, in seguito ad un insieme di orientamenti assunti dal Nuovo Circondario Imolese tesi: da un lato a rinforzare la funzione di programmazione all'interno delle proprie competenze, ed in specifico all'Ufficio di Piano, e dall'altro a prefigurare un nuovo ruolo per ASP nell'area della fornitura di servizi accreditati, coerente con la scelta del Circondario stesso di assumere in proprio la funzione di Committente dell'Accreditamento, invece che affidarne la delega ad ASP.

Il cambiamento di modello discende dalla rivisitazione dell'assetto istituzionale del Circondario che modifica i suoi organismi e amplia le sue competenze.

## **2. IL SISTEMA DELLE RELAZIONI DELL'ASP**

Se il Bilancio Sociale è il documento nel quale l'amministrazione riferisce a beneficio dei suoi interlocutori privati e pubblici, appare rilevante individuarli quali destinatari della rendicontazione. Schematicamente la ricchezza del tessuto sociale imolese è rappresentata da una molteplicità di relazioni esterne ed interne; i primi in ordine di importanza si segnalano i Comuni Soci e gli Enti collegati da rapporti istituzionali, una seconda tipologia riguarda i rapporti con i Cittadini e le parti sociali (le Organizzazioni Sindacali, il Terzo Settore, il Volontariato), in terzo luogo si sottolinea l'importanza delle relazioni con i Collaboratori e le loro Organizzazioni di rappresentanza.

### ***Portatori di interessi istituzionali***

I Comuni hanno incaricato ASP di svolgere le funzioni sociali di competenza attraverso un Contratto di Servizio nel quale sono definiti i compiti, le risorse e il patrimonio concesso in uso.

Attraverso specifica convenzione stipulata alla vigilia della costituzione dell'ASP, i soci hanno convenuto di individuare le quote di partecipazione sulla base di un criterio misto basato per il 50% sulla popolazione al 31/12/2006 e per il 50% sul valore dei servizi erogati al 31/12/2006.

Nel corso degli anni questi criteri di finanziamento non sono stati modificati. L'utilizzo del criterio "valore dei servizi caratteristici" aveva lo scopo di riconoscere la spesa storica dei Comuni, basata sostanzialmente sulla presenza di strutture residenziali, al momento della fusione degli Enti nella sua doppia valenza di costo e risorsa. Per l'insieme combinato di questi criteri il Comune di Imola è il socio a maggiore rappresentanza.

**Tabella 1 - % di finanziamento e quote riparto 2010 per comune**

COMUNE	POPOLAZIONE RESIDENTE E AL 31.12.2008	%	RAPPRESENTANZA 50% POPOLAZIONE	TOTALE VALORE SERVIZI CARATTERIS- TICI	%	RAPPRESEN- TANZA 50% VALORE SERVIZI CARATTERI- STICI	TOTALE % RAPPRESENTANZA ANNO 2010
<b>BORGO TOSSIGNANO</b>	3.300	2,55%	1,27%	1.072.381,00	4,15%	2,08%	<b>3,35%</b>
<b>CASALFIUMANESE</b>	3.439	2,65%	1,32%	0,00	0,00%	0,00%	<b>1,32%</b>
<b>CASTEL DEL RIO</b>	1.260	0,97%	0,48%	0,00	0,00%	0,00%	<b>0,48%</b>
<b>CASTEL GUELFO DI BOLOGNA</b>	4.082	3,15%	1,58%	307.000,29	1,19%	0,59%	<b>2,17%</b>
<b>CASTEL SAN PIETRO TERME</b>	20.432	15,77%	7,89%	3.803.891,34	14,72%	7,36%	<b>15,25%</b>
<b>NUOVO CIRCONDARIO IMOLESE</b>		0,00%	0,00%	616.294,36	2,38%	1,19%	<b>1,19%</b>
<b>DOZZA</b>	6.313	4,87%	2,43%	850.330,42	3,29%	1,65%	<b>4,08%</b>
<b>FONTANELICE</b>	1.899	1,47%	0,74%	762.135,00	2,95%	1,47%	<b>2,21%</b>
<b>IMOLA</b>	68.019	52,49%	26,25%	15.199.786,05	58,80%	29,40%	<b>55,65%</b>
<b>MEDICINA</b>	16.292	12,57%	6,29%	2.927.663,37	11,33%	5,66%	<b>11,95%</b>
<b>MORDANO</b>	4.551	3,51%	1,75%	307.251,18	1,19%	0,60%	<b>2,35%</b>
<b>Totale</b>	<b>129.587</b>	<b>100,00%</b>	<b>50,00%</b>	<b>25.846.733,01</b>	<b>100,00%</b>	<b>50,00%</b>	<b>100,00%</b>

La relazione fra Comuni e ASP è improntata alla massima collaborazione sia con le Amministrazioni sia con gli Uffici ed i Servizi locali. Occasioni periodiche di incontro in Consiglio o in Commissione sono rappresentate dalla presentazione del Bilancio o di argomenti di attualità che necessitino di momenti di approfondimento.

La collaborazione è continua, in particolare con alcuni uffici, quali: gli Uffici dell'Anagrafe, l'Ufficio Scuola, la Polizia Municipale.

### **Portatori di interessi esterni**

Le relazioni con i cittadini sono parte integrante di ciascun'area di lavoro della ASP.

Nel caso di utenti dei servizi sociali territoriali, il primo contatto avviene prevalentemente con il tramite dello Sportello Sociale e si mantiene poi nel tempo con l'operatore responsabile del caso.

Nel caso di utenti dei servizi residenziali e semi residenziali per persone non autosufficienti, sono formalizzati incontri periodici con i familiari.

In maniera puntuale e continua il Presidente dell'Azienda riceve il pubblico, accoglie suggerimenti e reclami e presenza agli incontri dedicati.

L'opinione pubblica partecipa attivamente alla vita aziendale anche attraverso gli organi di stampa.

AUSL e ASP condividono molte attività, prima fra tutte la gestione dei servizi accreditati di assistenza domiciliare, centro diurno e residenza per anziani non autosufficienti e disabili, attraverso convenzioni specifiche con il Distretto.

Oltre alle numerose attività svolte congiuntamente: al Dipartimento Medico, al Dipartimento Cure Primarie, al Servizio Infermieristico e Tecnico, al Dipartimento di Prevenzione, al Dipartimento di Salute Mentale, per la valutazione multidimensionale dei bisogni, per l'accesso e l'inserimento nella rete dei servizi integrati, sono attivi molti tavoli di lavoro a livello distrettuale per i progetti del Piano di Zona per la Salute e il Benessere Sociale.

Il contributo delle parti sociali è essenziale per il buon funzionamento dell'ASP. Sono rappresentate in larga misura dalle organizzazioni sindacali dei pensionati, con le quali sono attivi diversi momenti di confronto, primo fra tutti il tavolo circondariale per la trattativa sulle rette dei servizi per anziani accreditati. Al confronto partecipano anche le organizzazioni sindacali confederali e di categoria. Nel 2010 si sono avuti alcuni momenti di tensione con le parti sociali, nel momento in cui il Nuovo Circondario ha deliberato che nei criteri di valutazione del reddito (ISEE) per gli utenti con tariffe agevolate venissero considerati anche i redditi esenti e ha aggiornato le rette delle strutture alle tariffe dell'accreditamento. Su quest'ultimo punto si è trovato un accordo per rallentare alcuni aumenti nel corso dell'anno.

La cooperazione sociale rappresenta per ASP nel 2010 il principale fornitore dei servizi accreditati, ma è contemporaneamente partner di azioni di sviluppo e consolidamento della rete dei servizi territoriali. Comunità Solidale, Seacoop, Cooperativa Elleuno partecipano attivamente ai gruppi di lavoro per il coordinamento dei servizi ed agli incontri con i comitati di rappresentanza dei cittadini e degli utenti. Sono importanti fornitori di ASP: sia CAMST, capofila di un raggruppamento di aziende locali, e Solaris nel campo della ristorazione e Manutencoop per le pulizie.

Altri importanti fornitori sono rappresentati dalle cooperative di tipo B con le quali si sviluppano da tempo significative azioni di inserimento al lavoro di utenti disabili. In questo senso operano le Cooperative: Quattro Castelli, Giovani Rilegatori, Consorzio Coop. Solco, ecc...

Importanti percorsi di assistenza sono realizzati con le convenzioni con: l'Istituto Santa Caterina, l'associazione Trame di terra, San Giacomo, La Cicoria, UCIPEM, ecc.

Ugualmente le convenzioni con il volontariato, rappresentato da: AUSER, ANTEAS, AVIS, Associazione Anziani "G. Rambaldi", ci consentono di assicurare il trasporto degli utenti ai centri diurni e ad altri luoghi di cura. Va sottolineato anche il positivo rapporto con Caritas, per l'aiuto agli indigenti.

Rapporti con le Fondazioni, le Banche locali, Con.Ami, Hera, alcune aziende locali, Sfera Farmacie, le Parrocchie, l'Università degli studi, costituiscono una fitta rete di relazioni di ASP con le diverse realtà territoriali, che favoriscono significativi contributi alla realizzazione della pianificazione sociale locale.

## **Portatori di interessi interni**

L'Azienda nella gestione delle risorse umane:

- garantisce la pari opportunità tra uomini e donne e la parità di trattamento sul lavoro;
- cura la formazione, l'aggiornamento e la qualificazione del personale;
- valorizza le capacità, lo spirito di iniziativa e l'impegno operativo di ciascun dipendente;
- definisce l'impiego di tecnologie idonee per utilizzare al miglior livello di produttività le capacità umane;
- utilizza locali ed attrezzature che, tutelando la sicurezza e l'igiene, garantiscano condizioni di lavoro agevoli;
- individua criteri di priorità nell'impiego flessibile del personale, ricercando le soluzioni organizzative idonee allo scopo, a favore dei dipendenti in situazione di svantaggio personale, sociale e familiare.

Per queste ragioni ciascuna area di lavoro promuove con informative ed incontri periodici uno stile di lavoro improntato alla collaborazione e alla condivisione professionale.

L'Azienda garantisce lo sviluppo di corrette relazioni sindacali, nel rispetto dei ruoli e delle responsabilità di tutti gli organi dell'azienda e dei Sindacati, in modo coerente con l'obiettivo di incrementare e mantenere elevata l'efficienza e la qualità dei servizi erogati alla collettività, nonché di perseguire la valorizzazione delle capacità professionali delle lavoratrici e dei lavoratori.

L'anno 2010 è stato caratterizzato da una prima fase di rottura delle relazioni sindacali per una non condivisione dei processi di riorganizzazione effettuati dall'Azienda e da una fase successiva che ha visto una positiva ripresa delle relazioni culminata nella sottoscrizione del Accordo integrativo aziendale 2010.

## **3. IL SISTEMA DI GOVERNANCE**

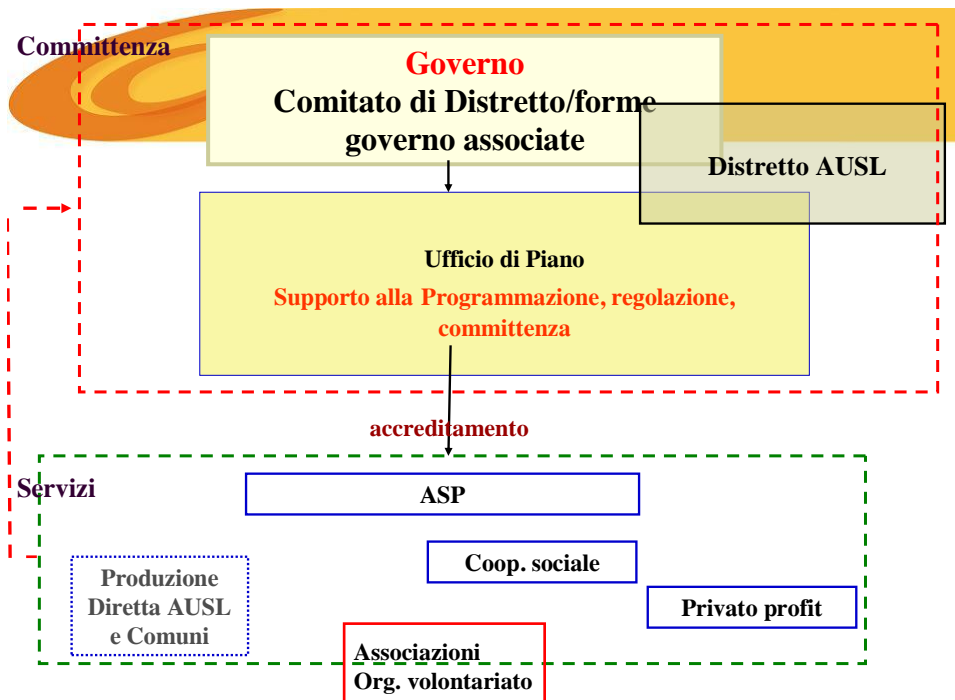
Il sistema della governance delineato dalla Regione Emilia-Romagna è complesso e articolato.

**Il Comitato di Distretto e l'Ufficio di Piano** operano con un'ampia rappresentanza della direzione ASP, garantendo in particolare la presenza nei tavoli di lavoro per il Piano di Zona per la Salute ed il Benessere Sociale, il coordinamento di Progetti che si riferiscono all'area della non autosufficienza, dell'integrazione sociale e sanitaria e della prevenzione.

E' inoltre garantita la presenza di ASP nel Gruppo tecnico dell'Ufficio di Piano.



Figura 1 - Schema sintetico del sistema di governance



(fonte Il Cantiere del Nuovo Welfare - Regione Emilia-Romagna - febbraio 2007)

La Legge regionale 2/2003 ha inserito le **ASP** a pieno titolo nel sistema integrato dei servizi e degli interventi sociali e ha ripartito a più livelli istituzionali le funzioni di governo, coordinamento, indirizzo e controllo.

In particolare, assegna un ruolo di primo piano ai Comuni, titolari delle funzioni amministrative di programmazione, progettazione e realizzazione del sistema locale dei servizi sociali a rete.

Si tratta di un ruolo strategico, sia nella fase di trasformazione in ASP, che in quella successiva di controllo sull'attività e sul funzionamento dell'Azienda.

Sulla base di quanto stabilito dalla disciplina regionale in materia di Aziende pubbliche di Servizio alla persona e di quanto previsto dal vigente Statuto, sono organi dell'Azienda:

- l'Assemblea dei Soci
- il Consiglio di Amministrazione
- il Presidente del Consiglio di Amministrazione
- l'Organo di Revisione Contabile

**L'Assemblea dei soci** è l'organo di indirizzo e di vigilanza sull'attività dell'Azienda e svolge in particolare le seguenti funzioni:

- definisce gli indirizzi generali dell'Azienda;
- nomina i componenti del Consiglio di amministrazione;
- approva, su proposta del Consiglio di amministrazione, il piano programmatico, il bilancio pluriennale di previsione, il bilancio economico preventivo e il bilancio consuntivo;

- approva le trasformazioni del patrimonio da indisponibile a disponibile, nonché le alienazioni del patrimonio disponibile;
- delibera le modifiche statutarie da sottoporre all'approvazione della Regione;

**Il Consiglio di amministrazione** è nominato dall'Assemblea dei Soci. E' composto da 5 componenti, compreso il Presidente, che ha la rappresentanza legale dell' Azienda.

E' l'organo che dà attuazione agli indirizzi generali definiti dall'Assemblea dei soci, individuando le strategie e gli obiettivi della gestione. In particolare, adotta i seguenti atti:

- proposta di piano-programma, bilancio pluriennale di previsione, bilancio economico preventivo, bilancio consuntivo, da sottoporre alla approvazione dell'Assemblea dei soci;
- proposta di modifica statutaria;
- regolamento generale sull'ordinamento degli uffici e dei servizi;
- nomina del direttore.

**L'Organo di revisione contabile** è costituito da 1 componente nominato dalla Regione sulla base di una terna approvata dall'Assemblea dell' ASP.

Esercita il controllo sulla regolarità contabile e vigila sulla correttezza della gestione economico finanziaria dell' Azienda.

Come previsto dall'Art. 9 dello Statuto dell'ASP, al fine di mantenere e consolidare i legami con le comunità locali dove sono dislocati i servizi, l'ASP ha promosso la costituzione di organismi di partecipazione e di rappresentanza degli interessi degli utenti dei servizi, con compiti consultivi, di controllo della qualità e di promozione della solidarietà e dell'attività di volontariato locale denominati **Comitati di Vigilanza** (Regolamento approvato con Delibera del CdA n. 7 dell 8.02.2008).

#### **4. LA MISSION**

*Dallo Statuto dell'ASP si richiamano le finalità e principi degli interventi:*

1. L'ASP ha come finalità l'organizzazione e l'erogazione di interventi, prestazioni, servizi sociali e socio-sanitari rivolti alle famiglie e alle persone, minori, adulte, anziane, disabili, immigrate, compresi i relativi servizi accessori e funzionali. L'ASP agisce nell'ambito del sistema locale di servizi sociali a "rete" di cui all'art. 5 della legge regionale n. 2 del 2003, secondo le esigenze indicate dalla pianificazione locale definita dal Piano di zona e nel rispetto degli indirizzi definiti dall'Assemblea dei soci di cui all'articolo 10.
2. L'ASP ispira ed orienta la propria attività al rispetto delle finalità e dei principi indicati nella legge regionale n. 2 del 2003 ed in particolare:
  - rispetto della dignità della persona e garanzia di riservatezza;
  - prevenzione, contrasto e rimozione delle cause del disagio e dell'emarginazione sociale, anche attraverso strategie attive e promozionali basate sulla formazione e sull'accesso al lavoro;

- adeguatezza, flessibilità e personalizzazione degli interventi, nel rispetto delle opzioni dei destinatari e delle loro famiglie;
- sviluppo e qualificazione dei propri servizi, anche attraverso la qualificazione dei propri operatori;
- concertazione e cooperazione tra i diversi soggetti istituzionali;
- integrazione dell'attività di erogazione dei servizi sociali con le altre politiche, in particolare con quelle sanitarie, educative, formative, del lavoro, culturali, urbanistiche e abitative.

L'ASP Circondario Imolese è una organizzazione pubblica per la gestione dei servizi sociali che mira ad essere riconosciuta sul territorio per la capacità di promuovere benessere, relazioni sociali positive oltre a progettare e gestire sistemi di solidarietà.

L'Azienda fonda la sua ragion d'essere nell'offrire tutte le possibili tipologie di risposta ai cittadini, per i quali rende disponibile l'intera gamma di servizi sociali e socio-sanitari, e nel garantire elevati standard di qualità secondo le direttive e la volontà dei Soci.

L'ASP è destinata a farsi carico di una presa in carico globale dei bisogni espressi dalla persona e dal suo nucleo familiare oppure emersi, rilevati o segnalati da altri Servizi.

Per queste ragioni l'ASP agisce per un sempre più forte radicamento sul territorio puntando a realizzare servizi adeguati al contesto sociale in cui opera e capaci di adattarsi ai cambiamenti sociali in atto.

## **5. GLI OBIETTIVI STRATEGICI**

La costituzione dell'ASP Circondario Imolese rappresenta un'importante realizzazione dei Comuni del Circondario, per la gestione unitaria dei servizi sociali territoriali.

L'ASP Circondario Imolese è stata costituita con la finalità di organizzare ed erogare interventi, prestazioni, servizi sociali e socio-sanitari rivolti alle famiglie ed alle persone in modo omogeneo sull'intero territorio, razionalizzando ed unificando la gestione di servizi rientranti in un campo di attività che si prefigura sempre più complesso. L'accorpamento di servizi e strutture rivolte all'intero ciclo della vita della popolazione residente (minori/adulti/anziani) in un unico soggetto gestore ha lo scopo di migliorare e garantire le medesime procedure di accesso e di erogazione dei servizi rafforzando il sistema territoriale ed individuando le modalità di gestione più efficaci e compatibili con le risorse disponibili.

Il sistema di programmazione aziendale opera coerentemente con le linee d'indirizzo fornite dalla programmazione regionale e locale su tutte le aree di competenza dell'ASP.

### **Scheda 1- I contenuti principali dell'Atto di Indirizzo e Coordinamento 2009-2011**

L'Atto di indirizzo e Coordinamento, in coerenza con le indicazioni del Piano Sociale e Sanitario della Regione Emilia-Romagna pone i cittadini al centro della programmazione, quindi punta ad un'integrazione fra i servizi costruita attorno ai loro bisogni.

Sono emerse pertanto delle Priorità, anche alla luce di un approfondimento sul Profilo di Comunità (allegato all'Atto di Indirizzo e Coordinamento) suddivise tra Priorità trasversali, che interessano la popolazione ed il territorio nel suo complesso, Priorità target che riguardano determinati gruppi di popolazione in quanto portatori di specifici bisogni e Priorità di Salute

Sono individuate come Priorità Trasversali:

- Promozione del benessere e prevenzione in tutti i contesti di vita;
- Innovazione orientata all'inclusione e alla personalizzazione dei servizi;
- Rafforzamento dell'integrazione a tutti i livelli;
- Consolidamento, sviluppo e integrazione dei sistemi di accesso (Rete sportelli Sociali, Sportello Unico Sanitario e Punto Unico di Accesso sanitario);
- Integrazione dei sistemi informativi a sostegno dell'accesso: Rete degli Sportelli Sociali, Punto Unico di Accesso Sanitario;
- Progetto SOLE.

Sono individuate come Priorità Target nell'Area delle Responsabilità Familiari, infanzia ed adolescenza le seguenti e le relative azioni di miglioramento:

- Emergenza dei Minori in difficoltà con interventi mirati quali: affido, adozione e potenziamento comunità di accoglienza;
- Emergenza minori disabili con interventi mirati all'Attuazione dell'Accordo provinciale ex L.104/1992 e applicazione F.R.N.A. per minori gravissimi;
- Famiglie in difficoltà economica e in stato di precarietà con interventi in area abitativa, fiscale, del lavoro, delle funzioni di cura e degli interventi educativi per infanzia ed adolescenza;
- Disagio scolastico con interventi quali formazione professionale, apprendistato, ingresso nel mondo del lavoro nonché Linee guida contro l'evasione dall'obbligo scolastico e formativo;
- Popolazione giovanile in condizione di disagio e non con interventi quali azioni di prossimità, raccordo con la scuola, centri di aggregazione, coordinamento provinciale circondariale e Focus permanente delle politiche giovanili.

Sono individuate come Priorità Target nell'Area Immigrazione le seguenti e le relative azioni di miglioramento:

- Monitoraggio del fenomeno per conoscere la realtà ed offrire servizi mirati ed efficaci;
- Riqualificare i Servizi tramite un approccio multiculturale;
- Inclusione e partecipazione promuovendo il capitale sociale con alfabetizzazione alla lingua italiana, accoglienza, abitazione, istruzione, formazione professionale e lavoro, rappresentanza politico-amministrativa.

Sono individuate come Priorità target nell'Area Disabili le seguenti e le relative azioni di miglioramento:

- Rispondere all'evoluzione della figura del disabile ed al forte aumento della domanda tramite la costruzione di un sistema di servizi ed interventi, finanziati dal Fondo Regionale per la Non autosufficienza, capaci di fornire risposte ai bisogni della persona in termini unitari, globali, integrati e flessibili;
- Integrare e ricomporre i servizi per garantire equità di accesso per tutti i cittadini.
- Accompagnare l'inserimento lavorativo assicurando forte continuità con la formazione.

Sono individuate come Priorità Target nell'Area Anziani le seguenti e le relative azioni di miglioramento:

- Partecipazione attiva alla vita pubblica attraverso la promozione della vita di relazione e culturale, il supporto alle reti sociali, l'attuazione di politiche di mobilità attente agli anziani;
- Forme di residenzialità innovativa e solidale;
- Realizzazione di un sistema integrato di risposta alla cronicità;
- Sostegno alla permanenza al proprio domicilio dell'anziano non autosufficiente attraverso la promozione di assistenza domiciliare, centri diurni ed assistenti domiciliari (assistenza domiciliare e assistenti familiari)

Nella definizione degli obiettivi la Direzione ha elaborato il Programma generale di attività che si articola in programmi specifici che riguardano l'insieme dei bisogni sociali e socio-sanitari della popolazione (sia come individui, sia come famiglie) e delle azioni necessarie allo sviluppo ed alla qualificazione dell'attività aziendale:

- Partecipare al processo programmatico a livello circondariale (Piano di Zona per la Salute ed il Benessere Sociale);

- Favorire l'integrazione sociale dei cittadini adulti in condizione di disagio e/o emarginati;
- Contrastare il processo di istituzionalizzazione dei cittadini con disabilità (attuazione del Piano Circondariale per la non Autosufficienza);
- Promuovere l'integrazione dei cittadini immigrati;
- Intervenire a favore delle persone anziane non autosufficienti (attuazione del Piano Circondariale per la Non Autosufficienza);
- Sostenere le nuove forme di cittadinanza e la creazione di una comunità solidale;
- Sostenere la genitorialità e le giovani generazioni;
- Rispondere in modo qualificato ai bisogni dei cittadini con l'obiettivo di un ulteriore miglioramento della qualità dei servizi forniti sia in ambito sociale e socio-sanitario, sia amministrativo, sia tecnico.

Le scelte di pianificazione operativa del servizio si possono caratterizzare nella realizzazione di:

- Un'uniformità dei criteri di accesso ai servizi attraverso l'adozione di regolamenti e procedure comuni per l'area minori, adulti e anziani e l'utilizzo di commissioni multidisciplinari uniche a livello circondariale;
- L'omogeneità delle tariffe e dei requisiti concernenti la capacità di contribuzione ai servizi socio-sanitari, culminata nella deliberazione di metà 2010 che ha consentito di uniformare le rette su tutti i servizi e applicare i criteri di valutazione del reddito con riguardo alla sola persona come richiesto dalla Regione;
- L'integrazione, secondo il modello della rete, fra tutte le strutture di servizio del terzo settore e con le associazioni del territorio, attraverso accordi e convenzioni soprattutto nel campo del trasporto sociale, dei servizi sociali per le famiglie e i minori in situazione di bisogno, la erogazione di contributi per la casa e la gestione delle graduatorie e degli alloggi popolari, l'attivazione di progetti di inclusione e integrazione sociale per l'area della immigrazione;
- Principi essenziali, quali lo sviluppo dell'appropriatezza nelle risposte all'utenza hanno caratterizzato tutte le principali scelte della nuova ASP;
- Interventi tesi a migliorare l'efficienza degli stessi servizi attraverso un'economia di scala, ovvero la progressiva riduzione dei costi di gestione attraverso l'accorpamento di alcune attività, la riduzione degli organi amministrativi e la semplificazione nei processi decisionali.

In sintesi, la scelta di avere unificato i servizi sociali si riconferma come un fattore decisivo per promuovere una sostanziale equità nelle condizioni di accesso e nei livelli di servizio, ma anche nell'impiego delle risorse. Ugualmente, sono considerati elementi di valore la completezza della filiera delle risposte assistenziali e l'integrazione sociale e sanitaria.

## **6. LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA**

L'organizzazione aziendale prevede una netta distinzione tra le funzioni di indirizzo e quelle gestionali: le prime sono in capo all'Assemblea dei Soci e al Consiglio di Amministrazione e le seconde sono riservate alla struttura organizzativa la cui responsabilità gestionale è affidata al Direttore.

Il Regolamento sull'ordinamento dei servizi e degli uffici definisce i criteri e le linee guida alle quali si deve ispirare il modello organizzativo.

La macrostruttura dell'Ente si articola in:

- a) settori;
- b) aree territoriali / servizi;
- c) uffici/nuclei amministrativi territoriali.

I Settori costituiscono le strutture di massima dimensione, in quanto articolazioni organizzative di primo livello. Si articolano, secondo criteri di funzionalità, in unità operative con diverse competenze.

I Servizi costituiscono strutture di minore dimensione, caratterizzate da specifica competenza di intervento e da prodotti/servizi chiaramente identificabili. Responsabile dell'attività di ogni Servizio è il Responsabile titolare di posizione organizzativa.

Le Aree Territoriali sono caratterizzate da una specifica competenza di intervento a livello territoriale per garantire la gestione dell'insieme dei servizi e degli interventi sociali e socio-sanitari erogati.

Nel rispetto di indirizzi ed obiettivi strategici e dei regolamenti, il Direttore ha la responsabilità gestionale dell'Azienda, per realizzare la quale si avvale dell'attività delle Responsabili di Servizio, di Area Territoriale e di Unità Operativa.

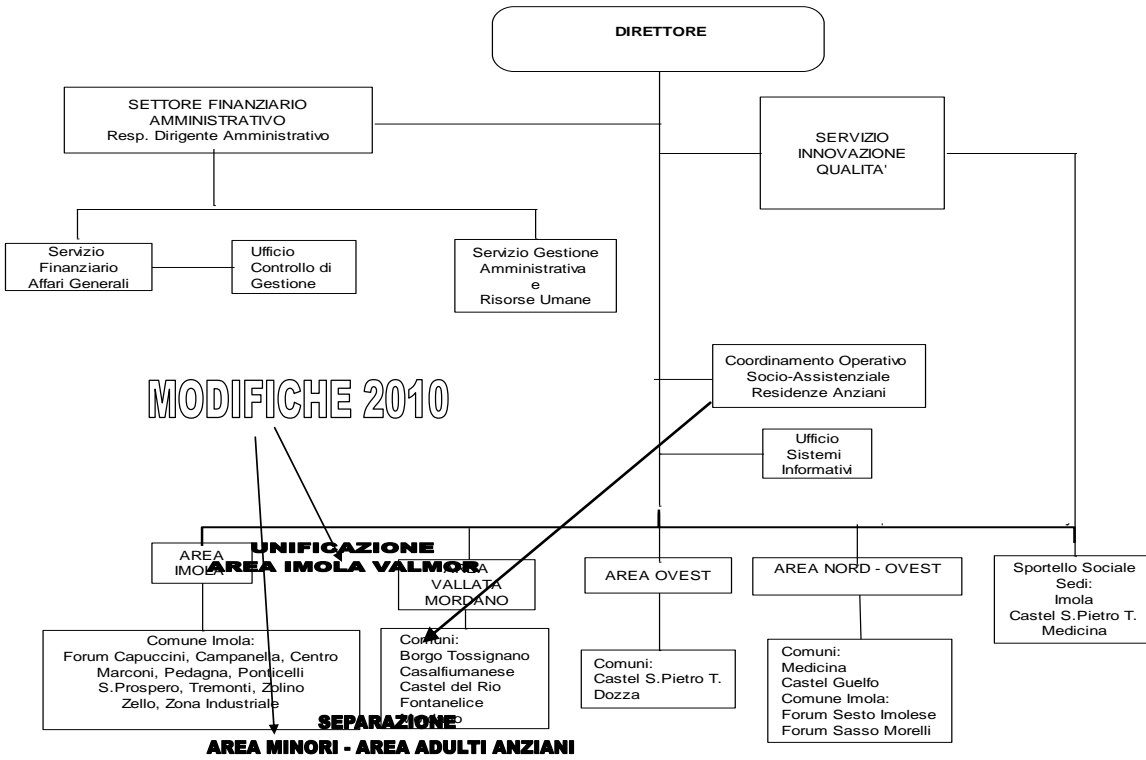
A tale scopo è istituito il Comitato di Direzione, composto dal Direttore e dai Responsabili di Settore e di Area, che si riunisce periodicamente e che affianca il Direttore nelle scelte di organizzazione e gestione dei servizi. Il Comitato ha inoltre lo scopo di garantire l'unitarietà e la coerenza delle attività dei singoli settori, aree territoriali e servizi, rispetto agli indirizzi ed agli obiettivi individuati dagli organi di governo dell'Azienda. Ciascun Responsabile ha un budget assegnato e obiettivi specifici da rispettare.

Dal punto di vista territoriale si sono confermate, oltre alla già citata area di Imola, Borgo Tossignano, Casalfiumanese, Fontanelice, Castel del Rio e Mordano, le identità geografiche precedenti, che prevedono un'area Ovest che si impernia sul territorio di Castel S.Pietro e Dozza, un'area Nord Ovest che comprende i Comuni di Medicina e Castelguelfo.

Nel corso del 2010 si sono realizzate alcune modificazioni organizzative, legate sia al processo di riorganizzazione dell'Azienda sia al cambio di direzione. In particolare, è stata rivista la assegnazione delle responsabilità per l'area Imola, Vallata e Mordano per arrivare ad una separazione delle Aree sociali fra l'area minori e l'area adulti-anziani, alla quale si è aggiunta la responsabilità del Coordinamento delle strutture, portando complessivamente a tre i Centri di Responsabilità che insistono su quel territorio.

Figura 2 – Organigramma ASP e principali variazioni 2010

## ORGANIGRAMMA ASP CIRCONDARIO IMOLESE



## Parte II

# Rendicontazione delle politiche e dei servizi resi

### 1. L'AZIONE ISTITUZIONALE E LE ATTIVITÀ ISTITUZIONALI

Il 2010 si è caratterizzato sostanzialmente per una decisa politica di revisione delle attività e dei servizi resi alla luce della crescente pressione esercitata dalle politiche di contenimento dei costi attuate a livello nazionale sugli Enti Locali.

Nel contesto indicato in precedenza le priorità di intervento, ed i progetti prioritari per il 2010, sono stati selezionati sulla base della ricerca di un migliore equilibrio fra qualità delle risposte e quantità delle risorse impegnate. Sul fronte dei servizi questo ha comportato un'attenzione particolare alla valutazione del bisogno e agli standard di qualità dei servizi di grande rilevanza per i cittadini.

Di seguito si elencano i progetti che per complessità e impegno hanno caratterizzato l'attività dell'Azienda:

- Sviluppo del processo di accreditamento In una situazione di grandi trasformazioni e di intenso confronto con le parti sociali, si è inserita la prima fase del processo di accreditamento delle strutture socio-sanitarie che la Regione ha reso vincolante con una serie di provvedimenti normativi e che è culminato con il rilascio dell'accREDITAMENTO transitorio entro la prevista scadenza del 31.12.2010. In preparazione di questo importante traguardo, sono state terminate alcune azioni preparatorie quali l'omogeneizzazione delle procedure e delle modalità di erogazione delle prestazioni sociosanitarie di base -ingresso, gestione documentazione e cartella sociosanitaria, trasferimento tra strutture ecc.-; l'unificazione gestionale in capo all'ASP del Servizio Infermieristico nelle strutture residenziali, che fino al 2009 è stato fornito direttamente da AUSL; la conclusione delle azioni formative nei confronti degli operatori socio-sanitari impegnati nei corsi di acquisizione del titolo di studio previsto dall'AccREDITAMENTO.
- Valutazione del bisogno: un aspetto decisivo affrontato nel Programma generale riguarda l'obiettivo della qualificazione del percorso di accesso, valutazione, presa in carico puntando ad una sempre maggiore integrazione con l'AUSL e ad una sempre maggiore appropriatezza nell'erogazione dei servizi/interventi sociali e socio-sanitari. In particolare, per l'area anziani, sono stati aggiornati, adottati e condivisi i criteri per l'erogazione degli assegni di cura e per gli inserimenti temporanei in strutture residenziali in coerenza con le indicazioni della regione. Per l'area della disabilità, sono state completate le procedure dell'Unità di Valutazione Multidimensionale per l'accesso alla rete dei servizi residenziali e semi-residenziali.



- Utilizzo appropriato del Fondo regionale per la non autosufficienza. E' stato ridefinito il protocollo per la gestione dei posti temporanei e di sollievo e si è attivato un protocollo sperimentale per l'attivazione temporanea del servizio di assistenza domiciliare ai pazienti in dimissione protetta dall'ospedale. Queste iniziative sono state accompagnate da una revisione dei criteri di accesso ai servizi di assistenza domiciliare (aiuto alla persona, fornitura dei pasti, frequenza ai centri diurni) al fine di superare gradualmente la variabilità distributiva fra i diversi territori.
- Gestione delle problematiche sociali e povertà. La tutela dei minori è stata e rimane uno dei grandi temi di lavoro del servizio sociale. Per realizzare questo obiettivo si è confermata la politica di favorire l'inserimento dei minori in famiglie affidatarie invece che in comunità residenziali e utilizzare alloggi protetti per ospitare le donne vittime di violenza. L'intervento di assegnazione dei contributi economici è stato standardizzato a livello aziendale. Si è confermata la metodologia di lavoro per progetti individualizzati integrati con la sanità e il terzo settore, nei tempi richiesti dall'Autorità Giudiziaria. Per promuovere l'integrazione dei cittadini immigrati è stata consolidata l'azione informativa e orientativa, rivolta sia a italiani che stranieri, dello Sportello immigrati.

Più in generale l'attività del 2010 è stata caratterizzata in maniera prevalente, dal lavoro di consolidamento e di miglioramento delle regole operative, nell'ottica di una progressiva e costante omogeneizzazione delle metodologie di lavoro dell'Azienda.

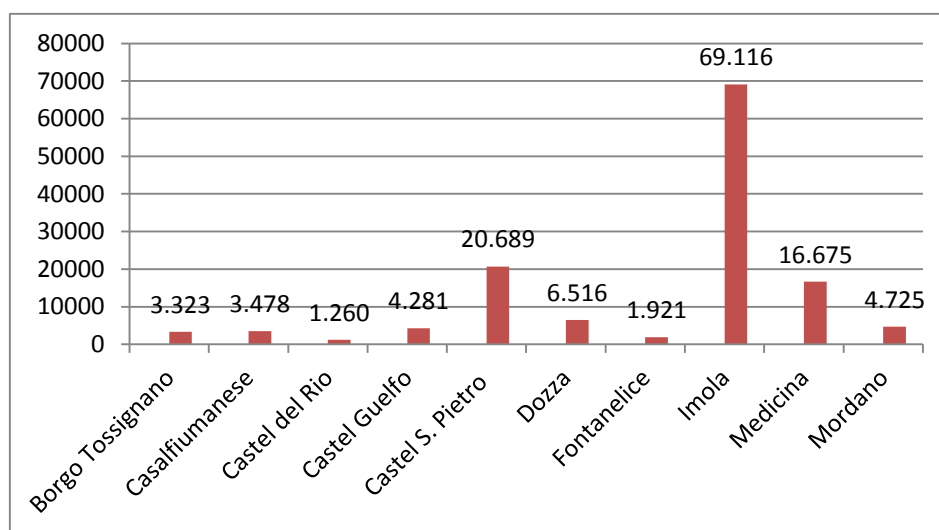
Nella descrizione delle singole attività si è seguito lo schema generale del Nomenclatore delle prestazioni sociali. In questo senso le parti di rendicontazione economica fanno riferimento ad interventi economici a favore dell'utenza e non ai costi del servizio.

## 2. LE SCHEDE RELATIVE ALLE SINGOLE ATTIVITÀ

### 2.1.1 L'accesso ai servizi: lo sportello sociale

La popolazione di riferimento della ASP è rappresentata da 131.984 cittadini residenti nei dieci Comuni che compongono il Nuovo Circondario Imolese. Per un'aggiornata ed analitica descrizione dei dati di popolazione si rinvia alla recente pubblicazione del Profilo di Comunità 2011.

**Grafico 1 – La popolazione residente per comune di residenza**



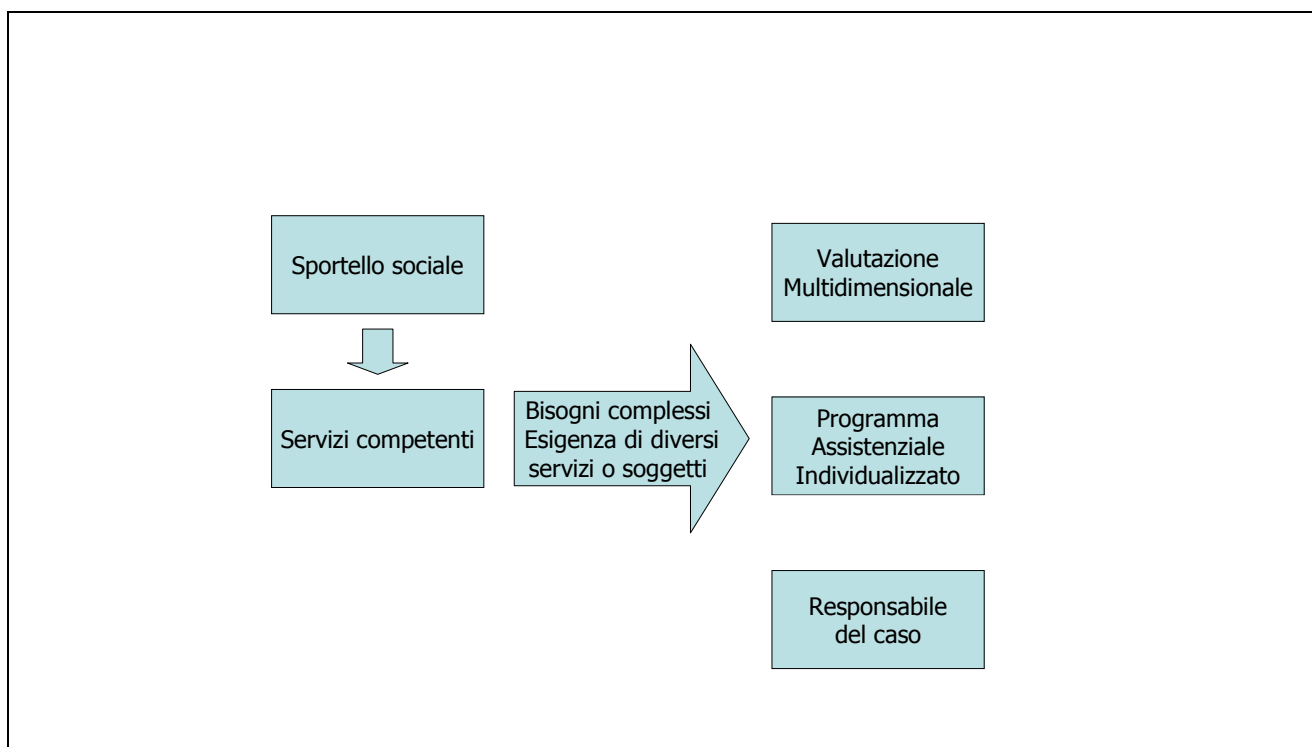
Lo Sportello è presente in maniera capillare sul territorio con aperture giornaliere nelle aree di Imola, Castel S. Pietro e Medicina, ed aperture settimanali nei restanti Comuni.

L'attuale Sportello sociale di Imola eredita le buone pratiche sviluppate a partire dalla sperimentazione provinciale in cui fu coinvolto l'allora Consorzio Servizi Sociali Imola, partendo dal dispositivo della normativa regionale.

Come dicevamo nel progetto originario, l'attivazione dello Sportello sociale si inserisce nel percorso che scardina la logica burocratica degli Enti pubblici, per orientarli alla soddisfazione dei bisogni dei cittadini, e definisce un punto di riferimento certo al quale rivolgersi per le necessità informative in ambito sociale e socio – sanitario.

L'obiettivo di coordinare fra loro i diversi punti di accesso ai servizi sociali e sanitari, che era stato posto dalla Programmazione di zona, risulta parzialmente raggiunto in quanto ciascuna Azienda ha rinforzato la rete dei propri punti di accesso, ma sostanzialmente il loro coordinamento è prettamente funzionale.

**Figura 3 – Il sistema di accesso**



(fonte R.Tomba – ASSR - 2010)

L'informazione ai cittadini è, quindi, il focus dell'attività di questo servizio, riconducendo a unitarietà e rendendola non solo maggiore, ma, soprattutto migliore nella sua fruizione:

- nei contenuti (precisa e aggiornata)
- negli strumenti utilizzati (contatto diretto, telefonico, via fax, via e-mail, sito internet)
- nella modalità (la relazione)
- nelle postazioni (una rete di punti di accesso che salva il requisito di prossimità).

Lo Sportello sociale comprende fra i suoi fruitori anche gli operatori, interni e esterni, che sanno di poter trovare risposta agli argomenti più svariati che non trattano quotidianamente.

Il rapporto quotidiano con i cittadini e con gli operatori, la gestione dei reclami e dei suggerimenti, inoltre, permette allo Sportello di essere un'antenna dei bisogni del territorio, sia in ambito informativo che sociale, e di utilizzarne i dati per la programmazione dei servizi.

Allo Sportello sociale, oltre all'attività di informazione e orientamento suddescritta e al back – office che necessita (aggiornamento e implementazione base dati, raccordo con gli altri punti informativi del territorio, ecc.), si aggiunge l'attività amministrativa e di gestione dei benefici a domanda individuale.

Il gruppo di lavoro dello Sportello sociale è composto dalle professionalità che permettono di svolgere tutte queste funzioni in modo qualificato.

La maggior parte dei servizi dell'ASP, però, viene attuata con la presa in carico, e, quindi, in base a fasi operative, delle quali lo Sportello sociale svolge la parte di Accoglienza della domanda, secondo quanto previsto dalla nostra Carta dei servizi:

**Scheda 3: accoglienza della domanda**

<b>FUNZIONE</b>	<b>COMPORAMENTO ADOTTATO DALL'ASP</b>	<b>INDICATORI e standard DI QUALITA'</b>
Accogliere le richieste dei cittadini / informarli	Garantire l'accesso telefonico e diretto sia in orario mattutino che pomeridiano	Facilitare l'accesso delle richieste dei cittadini
	Il primo punto di incontro dei cittadini è un operatore competente ad orientare la domanda. Non si raccolgono segnalazioni anonime.	Tutte le domande, in qualunque modo pervengano, sono evase, pertanto tutte le richieste dei cittadini ricevono una risposta (100%)
	Visita domiciliare in caso di impossibilità di accesso al servizio	
	Tutela della riservatezza dei cittadini	L'organizzazione degli spazi tutela la riservatezza dei cittadini
Invio delle richieste all'assistente sociale	Per le richieste che hanno bisogno di un approfondimento viene fissato un appuntamento con l'assistente sociale di competenza per territorio	Il tempo di attesa dell'appuntamento con operatore sociale è contenuto di norma entro i 7 giorni
	Quando il cittadino si rivolge di persona all'ASP l'appuntamento viene riportato su un promemoria scritto	

La rete formale e quella informale, producono accessi al servizio in veste di richieste/segnalazioni, che non transitano dallo Sportello sociale, in quanto già indirizzate all'Area tecnica di competenza. Nello specifico si tratta di:

- richieste di analisi e valutazioni da parte della Magistratura di ogni ordine e grado
- segnalazioni da parte delle Forze dell'ordine
- segnalazioni del Punto Unico dell'AUSL al Servizio Assistenza Anziani
- segnalazione dei servizi sanitari per prese in carico congiunte
- segnalazioni della rete dei soggetti dell'Associazionismo, del Volontariato o di Enti morali che si occupano del medesimo target d'utenza di questa ASP
- segnalazioni di singoli cittadini.

L'unico sportello tematico attivo presso l'ASP Circondario Imolese è lo Sportello Immigrati, che, pur nella sua specificità, è pienamente integrato all'interno dello Sportello sociale, sia come filosofie e metodi, che rispetto all'utilizzo dello stesso sistema informativo. Per quello che concerne la sua attività specialistica, dal 2000 svolge un ruolo di informazione, orientamento e consulenza sulle tematiche dell'immigrazione per lo più per cittadini residenti (90% dei contatti). Nel tempo si sono rivolti sempre più anche italiani (13,45% dei contatti), che sono coinvolti da criticità rispetto alla permanenza regolare sul territorio nazionale di persone a loro vicine. Scopo finale della sua attività è favorire l'inserimento nel tessuto sociale delle persone immigrate

e la conquista della loro autonomia. Se nell'incontro con la persona si ravvisano handicap sociali di tipo soggettivo, viene effettuato l'invio all'assistente sociale competente, secondo le procedure suddescritte.

**Tab. 2 – Sportello immigrati**

AREA	Contatti
Area Imola – Vallata – Mordano	1.352
Area Nord-Ovest	96
Area Ovest	210
<b>TOTALE</b>	<b>1.658</b>

(Fonte: Sportelli Immigrati)

### **2.2.2 .La valutazione del bisogno**

Un primo accesso ai servizi è normalmente facilitato dallo Sportello Sociale che svolge questa prima funzione di accogliere le richieste del cittadino e di fornire una prima informazione sui servizi forniti dall'Azienda.

Il **Servizio Sociale professionale** rappresenta il nucleo centrale di operatori che accoglie la domanda del cittadino (o dell'organismo che si è rivolto al servizio) e che effettua la valutazione del bisogno.

Attraverso la metodologia propria del lavoro sociale, l'Assistente Sociale effettua un'analisi della richiesta e della situazione complessiva dell'utente ed insieme agli altri servizi eventualmente coinvolti, perviene all'individuazione del problema e delle risorse necessarie per la risoluzione od il contenimento dello stesso; la proposta di intervento individuato viene valutata e concordata con l'interessato e/o con i familiari per la sua concreta attivazione.

In particolare per la valutazione dei bisogni complessi, l'Assistente Sociale opera in modo integrato con altre figure professionali sociali o sanitarie, al fine di pervenire alla definizione e poi all'attuazione del Piano Assistenziale o Educativo Individuale, che meglio può affrontare i bisogni dell'utente e della sua famiglia, in un'ottica di approccio globale alla persona.

All'interno dell'ASP la metodologia di lavoro integrato utilizzata per la valutazione del bisogno, prevede in prevalenza la costituzione di un' équipe multi professionale composta da: Assistente Sociale, Educatore Professionale e Psicologo.

In quanto titolare della funzione di coordinare gli interventi concordati per l'attuazione del Programma Individualizzato, l'Assistente Sociale riveste la funzione di Responsabile del caso.

**Nell'area minori** il Servizio svolge sul territorio in cui opera un'azione di vigilanza finalizzata alla prevenzione e all'individuazione dei fattori di rischio presenti. Per tale azione collabora in modo sinergico con le altre realtà presenti nel contesto, in modo particolare con quelle realtà che maggiormente hanno a che fare con i minori: scuola, associazionismo sportivo, Parrocchie, etc. definendo con queste progetti di formazione congiunta, di sensibilizzazione rispetto a tematiche definite, di azioni integrate nella consapevolezza che quanto più è ampia e articolata la rete di fronteggiamento tanto più si possa avere la possibilità di ottenere risultati positivi ed efficaci.

Per quanto riguarda **l'area adulti** l'efficacia delle strategie di intervento attuabili è fortemente collegata alla corretta individuazione dei bisogni collegati ai mutamenti socio-economici che caratterizzano particolarmente quest'area di intervento; la crescita di nuove forme di povertà legata soprattutto alla precarizzazione del lavoro, agli alti costi per l'abitazione costituisce fattore di povertà ed emarginazione particolarmente rilevante nella popolazione adulta che "teoricamente" dovrebbe essere quella meno fragile dal punto di vista strettamente assistenziale. Per essere in grado di affrontare positivamente il fenomeno è necessario un approccio di rilevante integrazione fra le politiche abitative, scolastiche, sociali e sanitarie nonché consolidare le reti pubbliche e private di accoglienza e di aiuti collaborando con le realtà territoriali che vengono in contatto, a vario titolo, con portatori di bisogni non tradizionali e codificati.

**Nell'area anziani** il quadro demografico della Regione Emilia-Romagna è caratterizzato da una tendenza all'invecchiamento con un incremento degli ultra65enni ed un aumento, sicuramente in crescita, dei grandi anziani (ultra80enni) ed anche il territorio del Circondario Imolese registra questa evoluzione demografica alla quale è associato un ulteriore accrescimento dei bisogni di salute legati all'invecchiamento.

### **2.2.3 Le valutazioni multidimensionali**

Nella realizzazione di un sistema di accesso integrato alla rete dei servizi sociali e sanitari, si è consolidata nel tempo la prassi di procedere a Valutazioni Multi dimensionali dei casi in equipe miste fra figure mediche, assistenziali/educative e sociali, e alla stesura congiunta del Progetto di Vita e di Cura Individualizzato anche nell'area del bisogno della popolazione minore e adulta sia con problemi psichici sia con problemi di disabilità fisica.

Il dato complessivo del 2010 è rilevante: sono state valutate complessivamente 72 persone affette da problematiche sanitarie e sociali complesse, di queste attraverso la UVM Minori sono stati esaminati 16 casi, attraverso la UVM Salute Mentale 18 casi e con la UVM Disabili ben 38 casi.

Nell'area dell'assistenza agli anziani, ovviamente, il dato è molto più elevato e assomma come UVM anziani (Unità di Valutazione Geriatrica) a 1.359 casi.

-Unità di Valutazione Geriatrica

La tendenza all'accrescimento della popolazione anziana residente nel territorio ed il conseguente aumento di necessità valutative della condizione di non autosufficienza per l'ammissione ai servizi è rilevabile anche dal numero di valutazioni effettuate dalla Commissione multidisciplinare Unità di Valutazione Geriatrica territoriale che risulta annualmente in costante crescita.

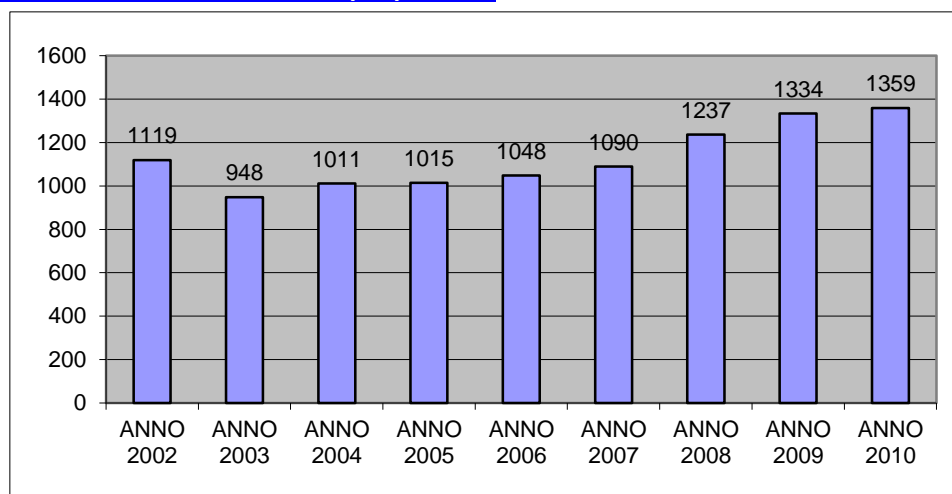
Sul totale delle UVG effettuate la parte più rilevante è rappresentata dalle valutazioni per l'ammissione al beneficio dell'assegno di cura che nel corso degli anni, come si può evincere dai suddetti numeri, ha assunto sempre più la caratteristica di "intervento a domanda"; le nuove modalità adottate nel corso del 2010 per orientare l'ammissione ai servizi di supporto alla domiciliarità con finalità più rispondenti anche alle indicazioni regionali, prevedono che vi si ricorra solo laddove, tale beneficio, si configuri come *"condizione indispensabile ed imprescindibile per garantire l'assistenza necessaria al mantenimento della qualità della vita quotidiana dell'anziano assistito e, conseguentemente, la sua permanenza al domicilio"*.

**Tab. 4 – N. valutazioni UVG per tipologia di servizio e per comune di residenza**

TERRITORIO	STRUTTURE PROTETTE	CENTRI DIURNI	ASSEGNO DI CURA	SAD	TOTALE
Borgo Tossignano	5		43		48
Casalfiumanese	4	1	27		32
Castel del Rio	3		23		26
Fontanelice	3		27		30
Castel Guelfo	5		13	1	19
Castel San Pietro Terme	40	2	94		136
Dozza	6		24		30
Imola	169	15	606	10	800
Medicina	41		87	2	130
Mordano	9	2	74		85
Fuori USL	23				23
<b>Totale</b>	<b>308</b>	<b>20</b>	<b>1018</b>	<b>13</b>	<b>1359</b>

(Fonte: Regione Emilia-Romagna - Flusso informativo SMAC, elaborazione interna)

Il ridotto numero di valutazioni effettuate per l'ammissione ai servizi territoriali (servizio di assistenza domiciliare e centri diurni) è dovuto, in parte alle consolidate modalità di celere ammissione ai servizi domiciliari e semiresidenziali che hanno sempre privilegiato, quando possibile, la attivazione della risposta assistenziale ancor prima della avvenuta valutazione multidimensionale, ed in parte al fatto che molti anziani fruitori dei servizi territoriali risultano già certificati per altri benefici (assegno di cura, casa protetta) e non necessitano quindi di ulteriori valutazioni.

**Grafico 3 – N. valutazioni UVG per per anno**

Da rilevare che, al numero di valutazioni redatte per l'ammissione in struttura protetta definitiva o temporanea, vanno aggiunte le valutazioni svolte in ambito ospedaliero nel contesto delle "dimissioni protette" che nell'anno 2010 sono state ben 358 su un totale di 365 effettuate, che si aggiungono alle 308 valutazioni domiciliari per l'accesso alle strutture.

- gli anziani fragili

Come metodo di valutazione del bisogno multi-dimensionale, si evidenziano di sempre maggiore importanza gli interventi di prevenzione miranti a ridurre il rischio di disabilità ed azioni coordinate di protezione sociale e di promozione della Salute e del Benessere delle persone anziane. Appare pertanto indispensabile evidenziare i fattori specifici che creano condizioni di rischio di fragilità modificando l'approccio tradizionale per transitare da una linea di attesa ad una linea attiva degli interventi.

**Tab. 3 – N. anziani fragili (>80 soli) per comune di residenza e prevalenza sulla popolazione**

Comune	Femmine	Maschi	Totale	% Popolazione
Borgo Tossignano	75	14	89	2,68
Casalfiumanese	79	22	101	2,90
Castel del Rio	49	14	63	5,00
Castel Guelfo	57	16	73	1,71
Castel San Pietro Terme	483	124	607	2,93
Dozza	89	24	113	1,73
Fontanelice	47	15	62	3,23
Imola	1.698	518	2.216	3,21
Medicina	366	88	454	2,72
Mordano	84	49	133	2,81
Totale	3.027	884	3.911	2,96

(Fonte: Anagrafi dei Comuni)

La percentuale della popolazione anziana del nostro territorio definita "fragile" per età e per composizione del nucleo familiare risulta pari al 3% dell'intera popolazione residente.

Le azioni di prevenzione della fragilità nell'anziano sono finalizzate a modificare fattori comportamentali di rischio che possono favorire una rapida progressione verso la disabilità.

Nell'ambito delle indicazioni Regionali in materia anche nel territorio circondariale sono state attivate mappature dei soggetti a rischio realizzate attraverso utilizzo di criteri generali e di fattori predittivi di fragilità; sono stati sperimentati ed avviati progetti finanziati dal F.R.N.A. con l'obiettivo di contrastare l'isolamento degli anziani e nell'ambito dei programmi di sostegno alla domiciliarità.

Sono stati realizzati interventi particolari in relazione a possibili emergenze climatiche (ondate di calore e di freddo) assicurando l'attivazione delle linee di intervento indicate dalla Regione per mitigare l'impatto di eventuali ondate di calore attraverso la predisposizione di un apposito piano programma.



### **2.3 Servizi resi per minori e famiglie**

Il Servizio Sociale che opera all'interno dell'ASP nell'ambito dei minori è prioritariamente orientato a far sì che agli stessi sia garantito il rispetto dei diritti sanciti dalla Costituzione e dalle normative nazionali ed internazionali: diritto alla salute, all'educazione, all'espressione della propria opinione su questioni che li riguardano, ad essere educati nell'ambito della propria famiglia o, in caso di impossibilità o incapacità da parte della stessa, ad essere accolti temporaneamente in una famiglia affidataria o in una comunità educativa... Svolge la propria attività attraverso il metodo del lavoro d'equipe che consente l'integrazione delle figure professionali e di "saperi" diversi. Assistenti sociali, educatori e psicologi sono chiamati ad effettuare valutazione congiunta ed integrata delle diverse realtà di bisogno coinvolgendo, ove necessario, gli altri servizi sanitari ( Neuropsichiatria Infantile, Servizio Dipendenze, Servizio Salute Mentale, Consultorio familiare) che possano favorire una lettura completa delle esigenze dei singoli e dei nuclei oltre che la definizione di progetti di aiuto articolati e connessi. Il servizio sociale opera a favore dei minori anche mediante il sostegno a famiglie, gruppi e reti sociali.

Le richieste di intervento giungono al servizio o mediante accesso diretto degli interessati ai diversi sportelli sociali in cui è articolato l'Ente o mediante segnalazioni che possono pervenire dalle scuole, dall'Autorità Giudiziaria, da altri servizi, da privati cittadini.

Di seguito sono riportati i dati relativi al numero dei minori in carico al servizio nel corso del 2010 per tutte le tipologie di problematiche sopra illustrate.

**Tab. 5 – N. interventi sociali e servizi educativi per comune e per anno**

MINORI	situazione in essere		movimenti		
	n° minori attualmente in carico	n° minori stranieri attualmente in carico	n° complessivo minori in carico	n° minori stranieri in carico	n° nuove prese in carico di minori
31/12/2008	1703	n.d.	2.036	n.d.	475
31/12/2009	1.763	731	1.958	810	407
<b>31/12/2010</b>	<b>1.863</b>	<b>790</b>	<b>2.186</b>	<b>904</b>	<b>460</b>
Borgo Tossignano	82	44	86	49	10
Casalfiumanese	27	10	30	12	3
Castel del Rio	31	12	33	12	13
C. Guelfo	41	23	54	25	9
Castel S. Pietro T.	156	68	207	85	48
Dozza	92	44	113	48	28
Imola	1065	414	1236	476	251
Fontanelice	30	19	30	19	10
Medicina	252	119	294	133	57
Mordano	50	16	54	16	13
fuori territorio	37	21	49	29	18

Dai dati riportati emerge un progressivo incremento, negli anni indicati, del numero dei minori in carico; tale fenomeno in parte è sicuramente connesso al contestuale aumento della popolazione residente sul territorio di riferimento, ma anche conseguente alla situazione di precarietà economica e lavorativa che, fra la fine del 2009 e l'anno 2010, ha inciso su tanti nuclei sul territorio portandoli a richiedere aiuto all'ente pubblico anche per assicurare i beni di prima necessità.

L'intervento dei servizi è orientato alla prevenzione, alla rimozione o alla riduzione delle condizioni di bisogno e di disagio derivanti da limitazioni personali e sociali, da condizioni di non autosufficienza, da difficoltà economiche. Gli interventi coinvolgono solitamente tutto il nucleo di riferimento dei minori e sono volti a sostenere le funzioni genitoriali con forme diversificate, utili a rimuovere gli ostacoli che impediscono un pieno esercizio delle stesse e un accesso pieno a tutte le risorse utili alla crescita e allo sviluppo dei minori. Tali interventi si sostanziano in aiuti economici finalizzati a favorire la conduzione di una vita dignitosa, in facilitazioni all'accesso ai servizi scolastici ed educativi, nel supporto ai genitori nella cura e nell'educazione dei figli oltre che nelle azioni di recupero delle risorse genitoriali nelle situazioni in cui queste risultino inadeguate o insufficienti, negli interventi di mediazione delle relazioni genitori-figli, nelle azioni di supporto anche psicologico a favore dei minori.

#### - I contributi economici

L'Azienda ha definito uno specifico regolamento per l'erogazione di interventi di sostegno economico a nuclei familiari che presentino una situazione reddituale precaria, stabilita in base all'Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE). La tipologia degli interventi erogati e l'ammontare degli stessi è determinata in base ad un progetto di aiuto concordato con gli adulti, progetto in cui si definiscono gli impegni e gli obiettivi dei diversi soggetti che possono portare ad un miglioramento della condizione di precarietà e di disagio. Le tipologie maggiormente utilizzate prevedono forme di assistenza economica diretta per cui al nucleo beneficiario è erogato denaro in contanti da destinarsi prevalentemente alla soddisfazione di bisogni primari, erogazione di buoni finalizzati esclusivamente al pagamento di utenze Hera o all'acquisto di generi alimentari presso supermercati convenzionati, oppure il pagamento diretto di alberghi o altre strutture di accoglienza per far fronte a situazioni di precarietà abitativa conseguente all'esecuzione di sfratti, spesso determinati da una morosità prolungata del nucleo.

**Tab. 6 – Trasferimenti in denaro (contributi economici) per famiglie con minori**

	OVEST	NORD OVEST	IMOLA VALMOR	TOTALE
ASSISTENZA ECONOMICA	11.667	26.310	58.152	96.129
CONTRIBUTI ALBERGO	9.615	3.360	18.920	31.895
CONTRIBUTI HERA	5.657	15.283	38.546	59.486
<b>TOTALE (IN EURO)</b>	<b>26.939</b>	<b>44.953</b>	<b>115.618</b>	<b>187.510</b>
<b>N. NUCLEI FAMILIARI BENEFICIARI</b>	<b>61</b>	<b>82</b>	<b>187</b>	<b>330</b>

Nel corso del 2010 la richiesta di interventi di sostegno economico è stata abbastanza elevata. Ne è conseguita un'azione di rafforzamento delle relazioni con le realtà del volontariato e del privato sociale presenti nel contesto territoriale oltre che, in alcuni casi, una condivisione delle risorse a disposizione per una maggiore efficacia del progetto concordato. Gli aiuti erogati sono andati ad integrare le altre tipologie di

intervento o di aiuto economico anche indiretto già assicurate da normative nazionali o regionali di riferimento ( bonus energia, assegno di maternità, assegno per nuclei numerosi, ...); complessivamente hanno consentito di assicurare ai nuclei la continuità nella fornitura delle utenze nei periodi di maggiore necessità oltre che la soddisfazioni delle esigenze di base.

### I rapporti con l'Autorità giudiziaria

Una parte significativa del lavoro del Servizio Sociale è rappresentato dall'attività che viene svolta a seguito di specifica richiesta da parte dell'Autorità Giudiziaria, solitamente la Procura o il Tribunale per i Minorenni, ma anche il Tribunale Ordinario, per tutte le situazioni in cui i diritti del minore sembrano confliggere con quelli delle figure genitoriali di riferimento oppure l'azione dei genitori stessi non risulta sufficientemente tutelante per i minori coinvolti.

Nel corso del 2010 le attività svolte in questo ambito sono indicate nella tabella di seguito riportata:

**Tab. 7 – Segnalazioni Autorità Giudiziaria per area territoriale**

Area Imola	25
Area Vallata Mordano	7
Area Ovest	14
Area Nord Ovest	6
Totale	52 di cui 36 italiani e 16 stranieri

Le motivazioni delle segnalazioni sono prioritariamente riconducibili a tematiche di tipo civile, collegate alla potestà genitoriale, a difficoltà di relazione (n. 22 richieste), ma anche a rischio di devianza ed emarginazione (n. 7 segnalazioni) o a condizioni di maltrattamento, violenza (n. 6 segnalazioni)

A queste si aggiungono le segnalazioni connesse a risvolti di tipo penale, n. 6 nel corso del 2010 direttamente pervenute dal Servizio Sociale del Ministero di Grazia e Giustizia, e quelle ricevute dalle forze dell'Ordine locali, n. 12 nel corso dell'ultimo anno.

L'attività svolta in conseguenza della segnalazione ricevuta è sempre di tipo istruttorio ed è finalizzata a raccogliere informazioni, elementi che meglio possano portare ad una comprensione piena del contesto, delle criticità che si evidenziano, delle risorse personali, parentali o della rete del territorio che già siano presenti o siano attivabili per la gestione ed il superamento delle criticità stesse. In considerazione di quanto valutato, si predispongono un progetto di aiuto al singolo e al nucleo che individua gli obiettivi da raggiungere, tempi e modalità con cui ciascun soggetto individuato è chiamato a partecipare. L'azione del servizio è finalizzata quindi a raccogliere in modo oggettivo e quanto più completo possibile, le informazioni che possano consentire all'autorità giudiziaria l'adozione di provvedimenti utili al benessere dei minori coinvolti. Contemporaneamente il Servizio svolge sul territorio in cui opera un'azione di vigilanza finalizzata alla prevenzione e all'individuazione dei fattori di rischio presenti. Per tale azione collabora in modo sinergico con le altre realtà presenti nel contesto, in modo particolare con quelle realtà che maggiormente hanno a che fare con i minori: scuola, associazionismo sportivo, Parrocchie definendo con queste progetti di formazione congiunta, di sensibilizzazione rispetto a tematiche definite, di azioni integrate nella consapevolezza che quanto più è ampia e articolata la rete di fronteggiamento tanto più si possa avere la possibilità di ottenere risultati positivi ed efficaci.

### - Gli interventi di accoglienza

Nel corso degli anni il Servizio Sociale dell'ASP ha progressivamente investito parte della propria attività nella individuazione di un sistema di accoglienza che potesse rispondere alle esigenze dei minori che necessitano temporaneamente di una risposta di cura e di un ambiente sereno in cui crescere in attesa che il nucleo familiare d'origine superi le difficoltà legate all'esercizio delle funzioni genitoriali. Tale sistema di accoglienza è articolato su diverse tipologie per meglio rispondere ai bisogni evidenziati dai minori stessi.

#### **L'affido familiare**

L'affido è considerata risposta preferenziale per bambini di età inferiore ai 6 anni ed è utilizzato fino all'età della preadolescenza per le caratteristiche di affettività e per la capacità di creare legami e relazioni stabili. Attraverso l'affidamento, il bambino incontra una famiglia che, accogliendolo presso di sé, si impegna ad assicurargli una risposta adeguata ai suoi bisogni affettivi ed educativi. Si tratta di una gamma differenziata di accoglimenti: dagli appoggi familiari per un numero limitato di ore o di giorni alla settimana, ad integrazione e supporto di limitate risorse parentali, all'accoglienza stabile per un periodo definito in sostituzione delle famiglie d'origine.

**Tab. 8 – N. affidi e importi economici**

	N.AFFIDI 2009	N.AFFIDI 2010	SPESA 2009	SPESA 2010	DIFFERENZA
AREA IMOLA – VALMOR	64	56	227.030	218.613	-8.4
AREA NORD-OVEST	21	30	125.191	121.656	-3.5
AREA OVEST	12	14	36.487	42.416	5.9
TOTALE	97	100	388.708	382.686	-6.0

Nel corso degli anni il lavoro di sensibilizzazione svolto nel territorio ha consentito la regolare individuazione di famiglie e di singoli soggetti disponibili all'accoglienza a tempo pieno o parziale consentendo un incremento progressivo delle situazioni di affido in essere. Gli operatori sono impegnati annualmente in corsi di preparazione per aumentare nei partecipanti la conoscenza relativa all'affido e la consapevolezza delle motivazioni che sono alla base di questa scelta, oltre che a costruire un rapporto di fiducia reciproca. A questa prima fase del percorso, si aggiunge un momento successivo in cui si approfondiscono con i singoli o con le coppie interessate, le personali disponibilità. Questo si conclude con una valutazione del lavoro, una maggiore consapevolezza della famiglia sulla possibilità concreta di essere protagonisti dell'affido e la definizione delle caratteristiche di ogni singola famiglia o individuo che li rendano adeguati per le specifiche caratteristiche di un minore. Ad abbinamento effettuato, parte degli operatori dell'equipe assicura il sostegno ai singoli o alle famiglie affidatarie mediante la conduzione di gruppi di lavoro dedicati.

#### **L'accoglienza in comunità**

Questa tipologia di accoglienza è utilizzata prevalentemente nel nostro territorio, per minori appartenenti alla fascia della pre - adolescenza e dell'adolescenza che necessitino di interventi di protezione decretati o ratificati dall'Autorità Giudiziaria; rientrano in questa condizione anche i minori stranieri non accompagnati trovati sul territorio del Circondario imolese. Le comunità di riferimento sono prioritariamente quelle di tipo educativo presenti nella zona: a Casalfiumanese e ad Imola in via Carducci, gestite dalla Cooperazione

sociale Solco Educa, a Imola l'Istituto Santa Caterina, a Medicina gestita dalla Fondazione Donati Zucchi. La scelta fra le diverse tipologie di strutture è determinata dalle caratteristiche delle stesse e dalla maggiore rispondenza alle esigenze del minore oltre che dalle esigenze di protezione e dalla disponibilità di posti. La durata dell'accoglienza dipende dalla valutazione, dall'età del minore e dal progetto formulato oltre che dalla presenza di risorse alternative all'inserimento in comunità. E' da sottolineare come solo parzialmente le strutture del nostro territorio riescano a rispondere ai bisogni di accoglienza dei minori per cui si ricorra spesso a realtà collocate nell'ambito provinciale o al di fuori dello stesso.

**Tab. 9 – N. minori in strutture comunitarie residenziali e importi economici**

AREA	NUMERO*	IMPORTO
AREA IMOLA – VALLATA – MORDANO	51	836.727,65
AREA NORD-OVEST	11	296.019,21
AREA OVEST	4	13.295,00
TOTALE	<b>66</b>	1.146.041,86

\*(sono presenti anche 3 madri)

Alcuni minori sono invece collocati insieme con un genitore, nella totalità dei casi con la madre. Tale soluzione è determinata dalla causa dell'allontanamento, spesso si tratta di violenza in famiglia subita dalla donna, violenza cui il minore ha assistito, oppure dalla possibilità di attivare risorse genitoriali e protettive della madre che necessita però di un forte sostegno educativo in questo percorso. Le strutture del territorio che accolgono nuclei di madre e bambino e che hanno con il servizio rapporti significativi di collaborazione sono: Oikos a Imola sempre gestito da Solco Educa, a Castel San Pietro la realtà gestita dall'Associazione La Tenda di Abraham, a Medicina quella gestita dalla Fondazione Donati Zucchi. A queste si aggiungono le case di accoglienza per donne vittime di violenza gestite dall'Associazione La Cicoria e le case che accolgono prioritariamente donne immigrate gestite dall'Associazione Trama di Terre che svolge con loro un'attività finalizzata a favorire la loro integrazione nel territorio anche attraverso la conoscenza della lingua italiana.

### **L'adozione**

Gli operatori svolgono le azioni previste per l'informazione-formazione delle coppie aspiranti all'adozione, in collaborazione con gli Enti autorizzati abbinati (Istituto La casa e Crescere Insieme), oltre che la parte di istruttoria che si conclude con la stesura di una relazione per il Tribunale per i Minorenni. Spetta a quest'ultimo, infatti, la valutazione sull'idoneità della coppia all'adozione sia nazionale che internazionale, mentre il Tribunale si occupa del successivo "abbinamento" di un minore solo nei casi relativi alle adozioni nazionali.

**Tab. 10 – N. coppie interessate all'adozione**

N. corsi realizzati	N. coppie che hanno chiesto prima informazione	N. coppie che hanno partecipato ai corsi	N. coppie che non hanno concluso corso	N. coppie in attesa nuovi corsi al 31/12/2010
2	24	14	4	4

**Tab. 11 – N. indagini psicosociali**

	Solo nazionale	Solo internazionale	Entrambe
Coppie in attesa indagine al 31/12/2010	2		12
Coppie che hanno iniziato indagine nel 2010	8		15
Coppie che hanno concluso indagine nel 2010	10		11
Coppie che hanno sospeso/interrotto indagine nel 2010	1		2
Coppie che hanno indagine in corso al 31/12/2010	1		4
Coppie che hanno ottenuto idoneità per l'adozione nel 2010		10	

Il Servizio è coinvolto nuovamente in seguito all'avvenuto abbinamento del minore; a questo punto ha compiti di "vigilanza" oltre che l'obbligo di relazionare al Tribunale per i Minorenni sull'andamento dell'adozione nel primo anno di permanenza del minore presso la coppia adottiva. Tali funzioni sono solitamente svolte dagli operatori del territorio di residenza della coppia mediante colloqui, visite domiciliari e interventi di sostegno per facilitare l'inserimento del minore nel contesto familiare e sociale.

**Tab. 12 – N. minori in adozione.**

	In corso al 31/12/2010	Minori con handicap
Minori collocati in ADOZIONE NAZIONALE	9	2
Minori con provvedimento in corso ADOZIONE INTERNAZIONALE	5	

## **2.4 Adulti in difficoltà**

L'entità e l'incremento della popolazione adulta in carico che si è registrato nel 2010 ha significato per l'ASP sviluppare, attraverso le proprie risorse professionali e relazionali, percorsi diversificati di aiuto, al fine di fronteggiare e dare risposta soprattutto alle difficoltà di tipo economico e abitativo dei richiedenti, generalmente legate alla perdita del lavoro, con interventi economici e di mediazione mirati e orientati al recupero della autonomia. Le forme dell'intervento hanno spaziato dai contributi straordinari temporanei, all'erogazione di buoni per il pagamento delle utenze Hera e di buoni spese, fino ad erogazioni in denaro finalizzate alla ospitalità di persone sfrattate o senza casa in condizioni di salute compromesse.

Il movimento di adulti in carico registrato nel corso dell'anno, ovvero il rapporto tra nuove prese in carico e dimissioni dal servizio, evidenzia il processo di gestione del caso secondo la propria mission che richiede di attivare tutte le forme possibili di sostegno, nella compatibilità con le risorse dell'Ente, per ripristinare una condizione di autonomia evitando uno stato di prolungata dipendenza assistenziale.

**Tab. 13 – N. interventi sociali e servizi educativi**

<b>ADULTI</b>	<b>Situazione in essere</b>	
	<b>adulti in carico</b>	<b>di cui stranieri</b>
<i>Tipologia</i>	Ultimo gg del mese	Ultimo gg del mese
31/12/2009	659	65
<b>31/12/2010</b>	<b>673</b>	<b>66</b>
Borgo Tossignano	20	0
Casalfiumanese	14	0
Castel del Rio	5	0
C.Guelfo	23	7
Castel S.Pietro T.	112	5
Dozza	28	2
Imola	384	41
Fontanelice	5	0
Medicina	67	10
Mordano	15	1

(Fonte Report Adulti interno all'ASP Circondario Imolese)

Nel quadro dei nuovi bisogni economici e del crescente impoverimento, l'ASP ha perseguito logiche di rafforzamento dei legami con i sistemi solidaristici della comunità civile, il cui esito sono singolari e interessanti progettualità in partner-ship con il volontariato, la cooperazione sociale ed aziende di servizi. Si richiamano le collaborazioni con la Caritas Diocesana e le articolazioni ad essa afferenti per la costruzione di progetti individualizzati in cui collocare anche una condivisione di risorse messe in campo.

**Tab. 14 – N. interventi economici**

	<b>AREA OVEST</b>	<b>AREA NORD OVEST</b>	<b>AREA IMOLA-VALLATA-MORDANO</b>	<b>TOT</b>
Assistenza economica	<b>1.870</b>	<b>4.224</b>	<b>11.116</b>	<b>17.210</b>
Contributi Hera	<b>1.869</b>	<b>1.966</b>	<b>7.559</b>	<b>11.393</b>
Totale	<b>3.739</b>	<b>6.190</b>	<b>18.675</b>	<b>28.604</b>
NUMERO UTENTI BENEFICIARI	<b>14</b>	<b>20</b>	<b>57</b>	<b>91</b>

Nondimeno hanno contribuito al sostegno di persone e nuclei i progetti "Supermercati solidali " (con Auser - CONAD - COOP Reno) e "A scuola con...." (con Associazione Ponte Azzurro, Auser e COOP Adriatica) per la fornitura rispettivamente di beni alimentari e materiale scolastico. Anche le sinergie e il protocollo creato con Hera hanno consentito di allentare le tensioni di numerose famiglie e di valutare gli interventi di risanamento economico da attuare.

Rispetto al bisogno abitativo collegato a un'accertata condizione di fragilità, si è operato valutando l'appropriatezza della domanda e identificando dei livelli graduati di soluzione abitativa; dall'alloggiamento breve (2-3 gg) in struttura alberghiera disponibile, al collocamento in contesti comunitari (es. alloggi di servizio, gruppi appartamento, in parte a gestione diretta dell'ASP, in parte affidati alla gestione del privato sociale), alla segnalazione di emergenza temporanea ai fini di assegnazione alloggio al Comune di Imola e Castel S.Pietro Terme, alla relazione di grave disagio sociale ai restanti Comuni del Circondario.

**Tab. 15 – N. alloggi di servizio**

	<b>Famiglie con minori</b>	<b>Adulti</b>	<b>Anziani</b>	<b>Totale ospiti</b>
ALLOGGI DI SERVIZIO	30	17	2	49



## **2.5 Disabili**

La presa in carico dei disabili si connota per percorsi di lunga durata, inversamente a quanto può avvenire nella popolazione adulta con bisogni socio-economici; la gestione del disabile è affidata ad una équipe multidisciplinare, che nella fase di prima valutazione (ovvero l'ingresso del disabile nel servizio sociale territoriale dell'ASP) accoglie e legge il bisogno, disegnando un primo profilo di risposta.

L'introduzione stabile della UVM (Unità di Valutazione multidimensionale) nei processi di valutazione della disabilità e dell'ammissione ai Servizi socio-sanitari sostenuti dal Fondo regionale per la non autosufficienza, avvenuta nel 2010, ha dato visibilità ed efficacia alla integrazione sociale e sanitaria, nella direzione di una maggiore appropriatezza e personalizzazione dei Progetti di Vita e di Cure. Le sinergie che si sono sviluppate tra i team professionali dei rispettivi Enti di appartenenza (il servizio sociale ASP e l'Unità Operativa Medicina Riabilitativa) hanno costituito la premessa per un'attività che richiede una forte integrazione nel rapporto con gli Enti gestori dei servizi e nei rapporti con le famiglie dei disabili stessi.

L'assistenza ai disabili si è sviluppata lungo tre direzioni principali, che implicitamente contengono livelli crescenti di complessità e onerosità economica:

### -l'integrazione sociale

L'attività socio-educativa, orientata all'integrazione sociale e a favorire l'occupabilità lavorativa del disabile, è rappresentata dall'impegno degli educatori a sostenere il disabile nei percorsi di transizione al lavoro e di utilizzo delle opportunità di socializzazione. La transizione al lavoro si conferma essere una domanda con trend esponenziale e nel contempo gravante su soggetti moderatamente adulti, considerata che l'età media dei nuovi richiedenti una forma protetta di inserimenti lavorativo si è abbassata a 22 anni, terminati i percorsi scolastici e formativi. Nell'area Imola Vallata Mordano gli utenti sono 56, nell'area Nord-Ovest gli utenti sono 20 e nell'area Ovest sono 17.

In questo settore fondamentale è stato l'apporto fornito dalle cooperative sociali di tipo B, ma nondimeno quello di Comuni e aziende commerciali che attraverso i loro apparati e settori di attività hanno accolto e accolgono disabili in tirocinio socio educativo, con un'attenzione privilegiata ai disabili sotto il profilo cognitivo e comportamentale il cui inserimento lavorativo ai sensi della Legge 68/99 è nei fatti precluso.

### -il sostegno al domicilio

Il sostegno a domicilio è stato perseguito, come tracciato nei Piani della Salute e del benessere sociale del triennio 2009-2011, attraverso una pluralità di interventi e servizi, erogati secondo il piano personalizzato di intervento. L'assistenza domiciliare (estesa anche a soggetti adulti in carico ai servizi del Dipartimento Salute Mentale), oltre gli interventi tutelari, comprende servizi collaterali o accessori quali l'animazione, l'assistenza socio-educativa e l'erogazione dei pasti al domicilio. In alternativa all'assistenza domiciliare, 28 utenti hanno usufruito dell'assegno di cura.

**Tab. 16 – N.utenti disabili che ricevono servizi a domicilio per comune di residenza**

Comune	Tot. Ore SAD	Utenti SAD	Tot. pasti	Utenti Pasti
Borgo Tossignano	323	2	0	0
Casalfiumanese	0	0	0	0
Castel del Rio	0	0	0	0
Castel Guelfo	276	4	695	1
Castel S. Pietro Terme	2.680	14	4.470	8
Dozza	128	1	698	1
Fontanelice	423	2	699	1
Imola	5.675	53	15.632	37
Medicina	1.529	14	1.789	6
Mordano	1.109	3	300	1
<b>Totale</b>	<b>12.142</b>	<b>93</b>	<b>24.283</b>	<b>55</b>

Le opportunità di mantenimento nell'ambito familiare hanno infine trovato un'ampia copertura nell'assistenza e nell'attività socio educativa svolta all'interno di Centri Diurni e di Centri Occupazionali con un esito di 129 inserimenti effettuati. La distribuzione per centro convenzionato è descritta di seguito e riguarda 116 utenti; altri 13 utenti frequentano centri non direttamente convenzionati con ASP.

**Tab. 17 – N.utenti disabili che frequentano i centri diurni e occupazionali**

	casa azzurra	ali blu	giovani rilegatori	quattro castelli	la tartaruga	zabina	labor
N° complessivo utenti iscritti	26	11	11	13	26	13	16
N° complessivo dei giorni di presenza	4.226	1.957	1.436	1.293	4.236	1.905	1.668

#### -la residenzialità

Il "Dopo di Noi" per disabili soli o con reti familiari fragili ha visto l'accoglienza di 16 disabili gravi in strutture residenziali di livello alto, 32 disabili in centri residenziali di livello medio, dei quali 6 ospitati presso la residenza "Il sogno" di Imola. Le relazioni attivate con tanti soggetti gestori, in regime di convenzione e non hanno consentito di fornire risposte efficaci e tempestive al bisogno insorgente, in un sistema di corresponsabilità sociale che ha coinvolto sia la cooperazione sociale (spesso soggetto gestore dell'appalto), sia soggetti e imprese private.

Le normative regionali in materia avevano programmato per l'anno 2011 il superamento del sistema di aggiudicazione con gara di appalto con l'introduzione del sistema di accreditamento per i servizi domiciliari, le strutture residenziali e semiresidenziali: l'anno 2010, di conseguenza, si è qualificato come anno propedeutico all'accreditamento e all'avvio dei contratti di servizio tra Circondario Imolese e Enti gestori accreditati. L'ASP, in tale prospettiva, si è progressivamente orientata al cambiamento nella relazione con i sistemi operativi dei futuri accreditati e non secondariamente, nella relazione con gli utenti e le famiglie.

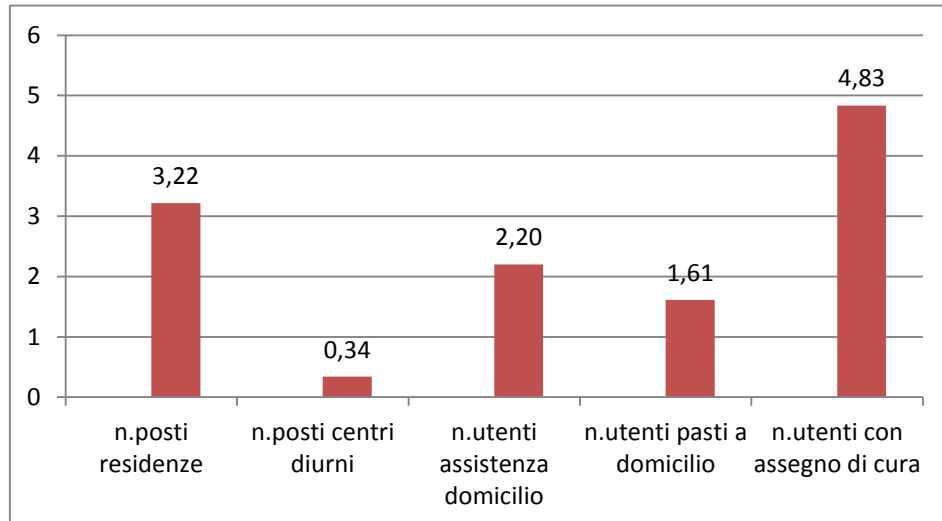
## **2.5 Anziani**

Il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione anziana rappresenta al contempo una conquista ed una sfida per la società e richiede un approccio integrato che affronti complessivamente i problemi assistenziali, dell'abitare, del muoversi, dei servizi, della socializzazione ecc., in sintesi della qualità generale della vita. Si evidenzia pertanto la necessità di individuare diverse modalità di approccio e di offerta modulate e modulabili nell'intensità sulla base delle specifiche esigenze delle persone anziane, collegate al loro grado di autonomia ed alla fragilità socio-familiare.

Risulta fondamentale una attenta valutazione in termini di informazione, accesso, modalità di comunicazione e di relazione, organizzazione dei servizi graduata sui bisogni; l'invecchiamento è caratterizzato da profondi e spesso repentini mutamenti ai quali è necessario poter dare risposta in tempi adeguati all'insorgenza dei fenomeni. Azioni di bassa intensità assistenziale collegate più ad opportunità di aggregazione e di relazione si accompagnano ad interventi di totale presa in carico quando si evidenziano condizioni di non autosufficienza e le possibilità di tenuta della rete familiare e solidale sono consumate.

Per la presentazione dell'attività svolta a favore della popolazione anziana, si fa riferimento in linea di massima a quattro tipologie di servizi: gli interventi economici di sostegno, l'assistenza domiciliare, i centri diurni e le case residenze.

**Grafico 3– % di copertura assistenziale della popolazione anziana  $\geq 75$  enne tramite ASP**



Attraverso un paziente lavoro di verifica delle tipologie di assistenza, si è scelto di assegnare ciascun utente a una tipologia prevalente di servizio, pertanto si può stimare che la copertura complessiva superi il 10% della popolazione anziana.

Nella valutazione della copertura residenziale si è considerata l'offerta complessiva di posti pubblici (492 di cui 465 accreditati) resa da ASP, mentre non sono stati considerati i posti delle due strutture accreditate a gestione non ASP presenti sul territorio.

- interventi economici

Per quanto riguarda l'area anziani nel territorio Circondariale, storicamente, i contributi economici direttamente erogati rappresentano una parte residuale delle risorse economiche destinate a tale intervento; infatti sulla spesa totale erogata nel 2010 la percentuale di contributi erogati agli anziani per aiuto economico risulta pari circa al 2,7% del totale della spesa ASP in questo settore.

Ben più rilevante, come intervento di sostegno economico, appare, invece, la quota di contribuzione finanziata con il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza attraverso gli Assegni di Cura.

**Tab. 18 – N. anziani beneficiari di assegno di cura e relativi importi**

<b>Anno 2010</b>	<b>N° complessivo beneficiari assegni di cura</b>	<b>Importo</b>	<b>Tot. contratti di contributo assistenti familiari</b>	<b>Importo</b>
Area Imola – Vallata – Mordano	531	1.182.118	107	139.356
Area Nord-Ovest	123	272.923	21	27.390
Area Ovest	85	189.073	14	18.322
<b>Totale 2010</b>	<b>739</b>	<b>1.644.114</b>	<b>142</b>	<b>185.068</b>

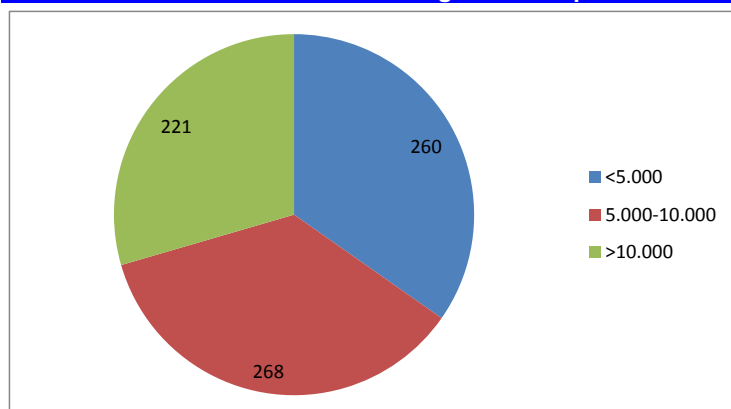
Totale 2009	843	1.678.139	123	156.287
-------------	-----	-----------	-----	---------

La diminuzione del numero complessivo di beneficiari nell'anno 2010, rispetto all'anno precedente, a parità di risorse economiche impegnate, è molto probabilmente giustificata dal processo di revisione delle procedure e modalità di concessione del beneficio adottate dal Circondario nell'estate 2010, che va a configurarsi sempre più un intervento, tra gli altri, a disposizione degli operatori nell'ambito della loro attività di valutazione e progettazione individualizzata.

La sperimentazione, avviata nel 2010, del processo di revisione suddetto tende ad omogeneizzare il nostro territorio alle modalità applicative in essere nel restante territorio provinciale; le deliberazioni n. 23/2010 e n. 35/2010 della Giunta del Circondario hanno previsto l'attuazione di dette modalità con l'obiettivo dell'appropriatezza delle risposte e della sostenibilità nel tempo di tutta la rete dei servizi ed hanno stabilito l'erogazione dell'assegno di cura con un punteggio di gravità pari o superiore a 500 punti derivanti dalla somma della scala BINA e dalla scheda di valutazione sociale.

La suddivisione degli utenti beneficiari dell'assegno di cura in base alla situazione reddituale, rilevata attraverso l'Isee, mostra una sostanziale equilibrata distribuzione numerica fra le tre fasce di reddito indicate; da sottolineare che nell'attestazione ISEE non compaiono i redditi esenti, mentre praticamente tutti gli anziani risultanti nelle condizioni di non-autosufficienza sottendenti all'erogazione del contributo percepiscono anche l'indennità di accompagnamento.

**Graf. 4 – N. anziani beneficiari di assegno di cura per reddito ISEE**



(fonte: flusso regionale SMAC)

L'attività di Trasporto Sociale attraverso le convenzioni con le associazioni di volontariato e con il servizio di assistenza domiciliare per favorire la mobilità di persone con difficoltà deambulatorie o con mancate autonomie sia per la fruizione di servizi socio-assistenziali e sanitari che per occasioni ricreative.

**Tab. 19 – Importi erogati per il trasporto sociale anziani**

Tipologia di spesa	Area territoriale principalmente interessata	Importo a consuntivo 2010
Conv. Ass. AUSER	Imola-Vallata-Mordano	49.012,00
Conv.Ass. Anteas	Imola	20.000,00
Conv.Ass. "G. Rambaldi"	Dozza	4.000
Conv.Ass.Auser	Medicina	7.500,00
Buoni taxi	Tutte	3.315,50
Trasporti effettuati direttamente dall'Asp	Area Nord-Ovest	24.056,65
<b>TOTALE</b>		<b>103.884,15</b>

All'insieme di contributi economici sopra descritti vanno aggiunti anche la gestione di alcune comunità alloggio che rappresentano una tipologia abitativa parzialmente protetta: il condominio solidale di Imola e gli appartamenti protetti di Medicina. Gli ospiti che risiedono sono rispettivamente 13 e 26.

#### - servizi domiciliari

Il complesso dei servizi a sostegno della domiciliarità è stato finalizzato all'assistenza diretta di anziani non autosufficienti e a fornire azioni integrative utili alla loro permanenza nel contesto familiare e territoriale.

Il modello di sviluppo del servizio domiciliare si connota per il passaggio da servizio generalizzato ed universalistico a favore della popolazione anziana, anche autosufficiente, a servizio di intervento specifico rivolto alla popolazione non autosufficiente; questo target di utenza fa sì che il servizio sociale, nel predisporre il Piano di Vita e di Cura, si concentri soprattutto sull'obiettivo di definire, in maniera integrata con i diversi attori, le attività di sostegno al care giver che permettono la permanenza al domicilio dell'anziano anche grave.

**Tab. 20 – N. ore di servizio di assistenza a domicilio e n. pasti per anziani**

	<b>Tot. Ore SAD</b>	<b>Utenti SAD</b>	<b>Tot. pasti</b>	<b>Utenti Pasti</b>
Borgo Tossignano	270	4	1.760	7
Casalfiumanese	626	2	226	1
Castel del Rio	785	4	0	0
Castel Guelfo	892	12	1.240	5
Castel S. Pietro Terme	8.101	38	9.724	33
Dozza	3.757	14	1.634	5
Fontanelice	435	3	483	2
Imola	40.085	167	42.842	163
Medicina	8.122	83	6.583	28
Mordano	4.163	9	1.033	2
<b>Totale</b>	<b>67.237</b>	<b>336</b>	<b>65.525</b>	<b>246</b>

In quest'ambito appare sempre più indispensabile individuare la risposta più adeguata per ogni situazione e garantire a tutti gli utenti criteri per l'accesso ai servizi domiciliari omogenei su tutto il territorio. I criteri, approvati nell'anno 2009, hanno stabilizzato nel corso del 2010 la domanda e permesso di orientare gli interventi sulla base delle caratteristiche rilevate. Mediamente nel periodo 2006-2010 sono state erogate 62.994 ore anno di assistenza.

Nella tabella sono indicate anche le attività di consegna Pasti a domicilio, e contestuale aiuto all'assunzione degli stessi ove necessario, su tutto il territorio e in tutte le giornate ed orari di necessità previsti nei Piani Individuali di Assistenza; si sottolinea che il momento della consegna del pasto riveste in taluni casi anche una funzione di controllo e monitoraggio di situazioni critiche per mancanza di rete familiare.

L'impegno economico per i servizi domiciliari è rappresentato, anche, dal sistema di protezione del reddito degli anziani attuato attraverso la contribuzione ai servizi fruiti, percentualizzata in base alla disponibilità reddituale personale: ad es. il 45% degli utenti del SAD corrisponde una retta proporzionale al proprio reddito e di questi il 22% risulta completamente esonerato; del restante 55% che rientra nella fascia massima di contribuzione ben il 70% non ha presentato l'ISEE, lasciando prefigurare di avere quindi una buona situazione economica.

Nella seconda parte dell'anno è stata implementata l'attivazione di servizi domiciliari, con carattere di temporaneità, a supporto di anziani in dimissione dai reparti ospedalieri al fine di sostenere il rientro a domicilio degli stessi; gli utenti di tale programma sono pazienti anziani, disabili o oncologici in fase di dimissione ospedaliera e in situazione di fragilità sociale e familiare che necessitano di un periodo di aiuto ed osservazione per la corretta successiva programmazione del percorso di vita e di cura; nel periodo settembre/dicembre 2010 ne hanno usufruito ben 32 anziani.

Oltre alle prestazioni socio-assistenziali svolte direttamente nei confronti dell'utenza anziana, sono state concordate e previste nei piani di Intervento Individualizzati anche altre attività "collaterali" rientranti nei progetti di sostegno attivati, quali il servizio di Telesoccorso e teleassistenza tramite installazione a casa di utenti di apposite apparecchiature, servizio di Telecompania realizzato con AUSER Volontariato.

**Tab. 21 – N. anziani che usufruiscono del telesoccorso**

	<i>situazione in essere</i>		<i>movimenti</i>		
	n° anziani fruitori del servizio di telesoccorso	di cui anziani paganti	n° tot.anziani fruitori del servizio di telesoccorso	n° nuovi utenti fruitori del servizio di telesoccorso	n° utenti cessati dal servizio di telesoccorso
31/12/2008	31	16	36	-	10
31/12/2009	48	36	54	19	6
<b>31/12/2010</b>	<b>60</b>	<b>46</b>	<b>66</b>	<b>18</b>	<b>6</b>
Imola	37	27	42	13	5
Vallata Mordano	3	2	3	0	0
Medicina Castel Guelfo	3	3	3	1	0
Castel S.Pietro T.	16	14	17	3	1
Dozza	1	0	1	1	0

Infine, nell'ambito delle attività rivolte a gruppi omogenei di utenti, è proseguita la collaborazione con le Associazioni ed i gruppi di auto mutuo aiuto; a titolo esemplificativo si ritiene fruttuoso il coinvolgimento nella iniziativa promossa dall'Associazione Alzheimer " Progetto Freccia Blu" dal quale è scaturita una pubblicazione contenente molte riflessioni ed informazioni utili per le famiglie che hanno al loro interno un congiunto affetto da tale patologia.

In sintesi, quindi, il servizio domiciliare si presenta come un servizio in forte cambiamento: da servizio di ausilio alla vita quotidiana (molti interventi di aiuto domestico e di accompagnamento) è diventato un servizio professionale di supporto al mantenimento delle persone a domicilio (prevalenza di interventi di igiene personale); da servizio orientato solo alla cura della cronicità (servizio a tempo indeterminato) a servizio flessibile (interventi tempestivi e brevi per i pazienti in dimissione); da servizio a prevalente finanziamento sociale a servizio finanziato dal fondo della non autosufficienza.

#### -Centri diurni

I Centri diurni socio-assistenziali del territorio circondariale costituiscono un importante anello della catena di servizi a sostegno delle famiglie per favorire la permanenza degli anziani all'interno del loro ambiente di vita. Nell'ottica di fornire un aiuto quanto più rispondente possibile alle diverse esigenze delle famiglie, nell'anno 2010 il servizio ha consolidato le modalità di flessibilità dell'offerta assistenziale attuando diverse tipologie di ospitalità: continuativa o temporanea, con orario intero o part-time, assicurando agli utenti prestazioni socio-assistenziali, oltre ad un'intensa attività di animazione e socializzazione in collaborazione con associazioni di volontariato.

L'efficacia ed il gradimento di questa diversificazione nella possibile frequenza al servizio è dimostrata anche dalla intensità di utilizzo dei servizi semi-residenziali che appare piuttosto elevata in considerazione anche della condizione di non autosufficienza degli utenti del servizio che si caratterizza sempre più verso un aumento della gravità più simile alla condizione degli utenti dei servizi residenziali.

**Tab. 22 – N. anziani che frequentano i Centri Diurni**

CENTRI DIURNI	N° tot. Ospiti	N° ospiti entrati	N° giorni presenza 2010	N° giorni presenza 2009
CD Imola	46	21	5.468	5.257
CD Castel S. Pietro Terme	32	13	3.901	2680
CD Medicina	31	9	4.114	3.850

Nel totale dei 52 posti a disposizione, 13 sono destinati ad ospiti con gravi disturbi comportamentali (demenza, malattia di Alzheimer ecc.) confermando l'efficace risposta del servizio del centro diurno per questa tipologia di pazienti che spesso, pur in presenza di autonomia fisica, necessita di supervisione e tutela continua.

**Tab. 23– N. anziani che frequentano i Centri Diurni per le Domeniche del sollievo**

DOMENICHE DEL SOLLIEVO	N° utenti totali	Nuovi inseriti	Tot. Presenze
CD Imola	21	7	244
CD Medicina	15	2	197

L'offerta complessiva di questo servizio è arricchita anche da posti non convenzionati presenti presso alcune strutture residenziali (n. 4 alla casa protetta "Toschi" di Dozza, n. 3 alla casa protetta di Fontanelice) che risultano particolarmente utili ed efficaci per intraprendere un percorso graduale di avvicinamento degli anziani ai servizi residenziali.

Inoltre nella città di Imola è operativo un Centro Anziani a carattere socio-assistenziale che è stato frequentato da ben 47 anziani nel corso del 2010.

**Tab. 24 – N. anziani che frequentano il Centro A m'arcord**

Centro anziani A m'arcord	
N. tot. presenze	4331
N. complessivo utenti	47
N. nuovi inseriti	13
N. cessati	5
N. utenti al 31/12	42

Un punto critico, comune a tutti i Centri, è l'organizzazione del servizio di trasporto, attualmente svolto dalle famiglie, dagli operatori e dai volontari in un insieme ancora non omogeneo di trattamenti e di tariffe.

#### - Residenze

Tra tutte le tipologie di servizi erogati ai cittadini dall'ASP, le strutture residenziali si connotano per la rilevanza nel fornire risposta agli anziani e alle loro famiglie nei casi di particolare gravità in cui gli altri servizi della rete non sono più sufficienti.



Nel 2010 si è realizzata la prima fase di accreditamento delle strutture residenziali che hanno ottenuto da parte del Nuovo Circondario Imolese il rilascio dell'accREDITamento transitorio. Delle otto strutture convenzionate, due erano a gestione diretta ASP, cinque erano gestite tramite appalti con cooperative e una struttura era gestione mista.

Le strutture ASP dispongono complessivamente di 492 posti letto, di cui 467 in regime di accREDITamento transitorio (di cui 2 dedicati a ospiti di Bologna) e 25 a gestione pubblica in regime di convenzionamento non accREDITati, per persone anziane non autosufficienti che necessitano di un'elevata assistenza socio sanitaria. All'interno dei posti convenzionati sono compresi 5 posti che accolgono adulti gravissimi disabili (ai sensi della DGR 2068/04). La copertura assistenziale si è mantenuta superiore al 96%.

Le strutture presentano alcune peculiarità: Casa Cassiano Tozzoli (la più recente) si pone come punto specialistico della rete dei servizi territoriali socio sanitari rivolti alla popolazione anziana affetta da malattia di Alzheimer e dalle altre forme di demenza, mentre R.S.A. "Fiorella Baroncini", Casa Protetta Imola e Casa Protetta Castel S. Pietro Terme assicurano standard di assistenza sanitaria più elevati rispetto alle altre strutture, in quanto erogano assistenza infermieristica anche durante le ore notturne.

**Tab. 25 – N. posti, n. ospiti e giornate di degenza su posti accREDITati definitivi di casa residenza anziani**

CASE PROTETTE	N. posti letto convenzionati	N° totale Ospiti	N° Ospiti entrati	N° giorni degenza 2010	N.giorni degenza 2009
CP Imola	141	231	86	50.273	49.340
CP Castel S. Pietro Terme	76	141	60	27.145	27.051
CP Dozza	16	33	9	5.802	5.644
CP Medicina	48	75	18	17.140	16.365
CP Fontanelice	30	41	11	10.629	10.633
CP Borgo Tossignano	40	60	13	14.600	14.629
Casa Cassiano Tozzoli	44	53	9	15.829	15.566
RSA Imola	63*	104	53	22.100	21.377
Totale	458	738	259	163.518	160.605

\*7 posti sono dedicati a ospiti temporanei e sono stati utilizzati da 106 anziani.

Gli obiettivi che l'Azienda si era prefissata di raggiungere nel 2010 miravano a omogeneizzare gli standard di assistenza tra le varie strutture residenziali dopo la costituzione dell' ASP, nonché a ridurre i tempi di redazione e aggiornamento dei P.A.I. e delle chiamate per le nuove ammissioni in struttura.

Per quanto riguarda il processo di omogeneizzazione, si è proceduto con l'elaborazione di procedure e istruzioni operative uniformi. Di notevole importanza nel 2010 è stata la regolamentazione del "trasferimento tra strutture degli ospiti" che ha consentito di migliorare il livello di appropriatezza del servizio, anche in considerazione del naturale evolversi delle condizioni psicofisiche degli anziani inseriti in struttura e delle specificità delle strutture stesse.

La riduzione dei tempi non produttivi delle chiamate per le nuove ammissioni, obiettivo ampiamente raggiunto in quasi tutte le strutture, consente di mantenere un'alta percentuale di copertura dei posti letto a

fronte di un elevato numero di ammissioni (in RSA la percentuale risulta inferiore a causa dei 7 posti temporanei) e, di conseguenza, di dare risposta più immediata ai bisogni del territorio.

Un importante aspetto della qualità dell'assistenza è rappresentato dalla presenza di personale qualificato e dalla sostituzione dello stesso in caso di assenza. Nel 2010 sono state erogate un numero di ore più elevato rispetto agli standard fissati dalla regione e richiesti dalla convenzione con la AUSL.

**Tab. 26 – N. ore di assistenza OSS in casa residenza anziani**

	Parametro da convenzione	Ore standard	N. unità equivalenti	Ore erogate	N. unità equivalenti
Casa Protetta Imola	1:2,396	89.558	59,71	93.023	62,02
Casa Cassiano Tozzoli	1:2,249	29.346	19,56	32.003	21,34
Casa Protetta Medicina	1:2,437	33.402	22,27	35.422	23,61
Casa Protetta Tossignano	1:2,337	26.960	17,97	27.000	18,00
Casa Protetta Fontanelice	1:2,424	18.564	12,38	22.331	14,89
Casa Protetta Coccinella	1:2,375	50.977	33,98	54.524	36,35
Casa Protetta Dozza	1:2,337	14.127	9,42	14.629	9,75
R.S.A. "Fiorella Baroncini"	1:2,237	48.656	32,44	53.438	35,63
<b>Totale</b>		<b>311.590</b>	<b>207,73</b>	<b>332.370</b>	<b>221,58</b>

Il piano assistenziale individualizzato è lo strumento che permette una assistenza socio sanitaria mirata attraverso la osservazione integrata di tutte le figure professionali che ruotano intorno all'anziano.

La riduzione dei tempi di redazione e aggiornamento dei PAI è stato un obiettivo di qualità: si è passati dal mese dopo l'ingresso a 20 giorni per la redazione del primo P.A.I. e si è provveduto all'aggiornamento e alla verifica dello stesso entro i 5 mesi.

Nel 2010 si sono completate, in tutte le strutture ASP, le azioni previste dal progetto di miglioramento dell' Agenzia Sanitaria Regionale relativamente a "prevenzione delle lesioni da decubito , evento caduta e utilizzo dei presidi per la contenzione nelle strutture di assistenza per anziani".

Il progetto mirava a migliorare la conoscenza specifica dell'utente orientando i comportamenti alla prevenzione degli eventi avversi.

Le cadute sono eventi frequenti tra gli anziani che possono determinare danni più o meno gravi e che possono essere limitate attraverso alcune azioni quali individuare i pazienti maggiormente a rischio di caduta e i fattori strutturali o comportamentali che contribuiscono ad accrescere tale rischio.

**Tab. 27 – Indicatori di qualità: cadute nelle Case Residenze Anziani (confronto anno 2009 e 2010)**

	P.L.	TOTALE 2009	%CADUTE /PL	TOTALE 2010	%CADUTE /PL
CP Fontanelice	30	32	1,07	32	1,07
CP Tossignano	43	38	0,88	48	1,12
CP Imola	141	139	0,99	124	0,88
Casa Cassiano Tozzoli	44	68	1,55	68	1,55
CP Medicina	57	34	0,60	23	0,40
CP Dozza	25	22	0,88	13	0,52
CP Castel S.Pietro	82	80	0,98	49	0,60
RSA Imola	70			23	0,33

Si è evidenziata una maggiore frequenza delle cadute durante le ore pomeridiane. Il numero delle cadute è in stretta relazione con il numero delle contenzioni che esistono in struttura ed è più elevato nelle strutture in cui vi è un'utenza più autosufficiente dal punto di vista motorio (Casa Alzheimer e Fontanelice). In generale dal 2009 al 2010 c'è stata una diminuzione del numero delle cadute nella maggior parte delle strutture. Nella RSA di Imola il monitoraggio è stato inserito nel 2010 pertanto il dato non è paragonabile.

Vista la stretta relazione che l'utilizzo dei presidi per la contenzione ha con le cadute, con le lesioni da decubito nonché con lo stato generale dell'ospite, ci si è posti l'obiettivo di abbreviare i tempi di valutazione delle contenzioni stesse. Attualmente nelle strutture ASP le contenzioni vengono rivalutate con una frequenza che va dai tre ai sei mesi, senza considerare la valutazione al bisogno in caso di importanti modifiche delle condizioni degli ospiti. Molta attenzione viene posta inoltre all'alzata degli ospiti. La percentuale di ospiti alzati sul numero complessivo degli ospiti presenti in struttura, nel 2010, varia dal 89% della RSA (dove sono ospitati anziani con un elevato bisogno sanitario) al 100% delle strutture che ospitano anziani meno gravi.

Altro importante indicatore della qualità dell'assistenza nelle strutture, è dato dalla frequenza del bagno di pulizia agli ospiti, che viene garantito di norma da 4 a 5 volte al mese.

Si segnala, infine, il contributo economico sostenuto nell'anno per garantire l'integrazione al pagamento della retta per gli anziani ricoverati nelle strutture protette del territorio, gestite dall'ASP, che non sono in grado di sostenere l'intero costo della retta col proprio reddito e con il contributo dei familiari.

**Tab. 28 – Contributi economici ad integrazione rette case residenze per anziani 2010**

STRUTTURA	N. utenti contribuiti	N. posti letto	% utenti contribuiti	Importo contributi per struttura	Importo medio per utente
CP Imola	32	141	22,70	182.747,93	5.711
Casa Alzheimer	4	44	9,09	30.303,29	7.576
RSA Imola	10	70	14,29	37.284,89	3.728
CP Tossignano	5	40	12,50	20.875,38	4.175
CP Fontanelice	1	30	3,33	1.027,69	1.028
CP Medicina	4	48	8,33	16.576,80	4.144
CP CSPT	5	76	6,58	4.857,99	972
CP Dozza	2	16	12,50	7.071,70	3.536
TOTALE	63	465	13,55	300.745,67	4.774

## Parte III: Rendicontazione delle risorse disponibili utilizzate

L'anno 2010 ha registrato una crescente attenzione al tema del controllo della spesa. Le azioni messe in atto hanno avuto origine da un tavolo di confronto fra direzione ASP e direzione dei Comuni e si sono tradotte in una serie di interventi che hanno causato non poche tensioni con le parti sociali, ma che hanno consentito di chiudere il bilancio in situazione di pareggio. In sintesi, tali azioni hanno riguardato i seguenti temi:

- Adeguamento delle rette dei servizi per non autosufficienti attraverso la realizzazione della nuova politica tariffaria, con modifica del sistema di contribuzione degli utenti attraverso l'applicazione generalizzata dell'ISEE, secondo le linee regionali. Nel merito delle entrate, si segnala anche la maggiore contribuzione da parte degli utenti che hanno avuto riconoscimento dell'assegno di accompagnamento dal 2010.
- Efficienza e contenimento delle spese per personale attraverso alcuni interventi di riorganizzazione dell'attività dell'ASP, fra i quali va evidenziata l'unificazione degli uffici amministrativi nella sede legale; la mancata sostituzione delle personale amministrativo dimissionario ha reso critici alcuni settori, primo fra tutti quello della gestione del personale, difficoltà che è stata superata avviando in fine anno la convenzione con il Comune di Imola. Un positivo risultato economico si è ottenuto con la fruizione delle ferie entro l'anno di riferimento per la quasi totalità del personale
- Controllo di gestione per centri di costo e sua articolazione a livello territoriale. L'articolazione del budget per Responsabili di area e Coordinatori di struttura, con assegnazioni per micro – equipe nell'Area territoriale di Imola, ha consentito un controllo mensile delle spese per contribuzioni economiche e inserimento strutture di minori. Il processo di controllo è stato accompagnato da una revisione dei centri di responsabilità dei servizi dell'area territoriale di Imola Mordano e Vallata.
- Efficienza aziendale è stata migliorata con iniziative finalizzate ad incrementare la tempestività nei pagamenti dei fornitori e nelle relazioni con essi, la pianificazione della cassa e la rendicontazione mensile sui pagamenti. L'intervallo per le chiamate per le nuove ammissioni in casa protetta è stato ridotto sotto i due giorni.

### 3.1.Risorse economico finanziarie

Il risultato economico può essere rappresentato come di seguito, conformemente allo schema del bilancio d'esercizio:

	CONSUNTIVO 2008	CONSUNTIVO 2009	PREVISIONE 2010	CONSUNTIVO 2010
A) VALORE DELLA PRODUZIONE	€ 28.655.433,00	€ 31.505.005,05	€ 30.720.300,00	€ 31.478.924,62
B) COSTI DELLA PRODUZIONE	€ 28.023.726,49	€ 31.110.016,74	€ 30.281.600,00	€ 30.916.559,30
C) PROVENTI E ONERI FINANZIARI	-€ 25.425,15	€ 16.246,16	-€ 24.000,00	-€ 2.367,59
D) RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE	€ -	€ -	€ -	€ -
E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI	€ 78.416,76	€ 107.733,59	€ 99.500,00	€ 70.203,88
22) IMPOSTE E TASSE	€ 477.362,80	€ 518.038,21	€ 514.200,00	€ 465.695,26
<b>RISULTATO D'ESERCIZIO</b>	<b>€ 207.335,32</b>	<b>€ 929,85</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 164.506,35</b>

Più in dettaglio:

**Tab. 29 – Dettaglio bilancio esercizio 2010**

CONTO ECONOMICO		CONSUNTIVO 2008	CONSUNTIVO 2009	PREVISIONE 2010	CONSUNTIVO 2010
<b>A</b>	<b>VALORE DELLA PRODUZIONE</b>				
A01	RICAVI DA ATTIVITÀ PER SERVIZI ALLA PERSONA	€ 18.906.977,18	€ 20.900.880,80	€ 20.402.100,00	€ 20.866.383,50
A01A	RETTE	€ 9.063.870,70	€ 9.448.561,95	€ 9.828.000,00	€ 9.709.597,49
A01B	ONERI A RILIEVO SANITARIO	€ 9.674.938,76	€ 11.171.414,06	€ 10.344.800,00	€ 10.853.158,18
A01C	CONCORSI RIMBORSI E RECUPERI DA ATTIVITÀ PER SERVIZI ALLA PERSONA	€ 152.683,64	€ 207.595,18	€ 213.300,00	€ 215.352,62
A01D	ALTRI RICAVI	€ 15.484,08	€ 73.309,61	€ 16.000,00	€ 88.275,21
A02	COSTI CAPITALIZZATI	€ 231.576,08	€ 278.303,54	€ 231.600,00	€ 289.672,93
A02B	QUOTA PER UTILIZZO CONTRIBUTI IN CONTO CAPITALE E DONAZIONI VINCOLATE AD INVESTIMENTI	€ 231.576,08	€ 278.303,54	€ 231.600,00	€ 289.672,93
A04	PROVENTI E RICAVI DIVERSI	€ 100.349,55	€ 324.470,99	€ 147.700,00	€ 192.347,38
A04A	PROVENTI E RICAVI DA UTILIZZO DEL PATRIMONIO IMMOBILIARE	€ 7.113,88	€ 815,00	€ 48.900,00	€ 815,00
A04B	CONCORSI RIMBORSI E RECUPERI PER ATTIVITÀ DIVERSE	€ 28.688,13	€ 83.893,96	€ 51.600,00	€ 120.257,24
A04C	PLUSVALENZE ORDINARIE	€ 0,00	€ 420,00	€ 0,00	€ 0,00
A04D	SOPRAVVIVENZE ATTIVE ED INSUSSISTENZE DEL PASSIVO ORDINARIE	€ 0,00	€ 174.145,57	€ 0,00	€ 22.695,80
A04E	ALTRI RICAVI ISTITUZIONALI	€ 0,00	€ 9.546,46	€ 0,00	€ 0,00
A04F	RICAVI DA ATTIVITÀ COMMERCIALE	€ 64.547,54	€ 55.650,00	€ 47.200,00	€ 48.579,34
A05	CONTRIBUTI IN CONTO ESERCIZIO	€ 9.416.530,19	€ 10.001.349,72	€ 9.938.900,00	€ 10.130.520,81
A05A	CONTRIBUTI IN CONTO ESERCIZIO DALLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA	€ 1.201.825,53	€ 1.960.188,18	€ 2.488.100,00	€ 2.637.375,48
A05B	CONTRIBUTI IN CONTO ESERCIZIO DALLA PROVINCIA DI BOLOGNA	€ 151.168,01	€ 105.027,60	€ 0,00	€ 11.778,31
A05C	CONTRIBUTI DAI COMUNI DELL'AMBITO DISTRETTUALE	€ 7.544.681,51	€ 7.764.568,33	€ 7.379.000,00	€ 7.407.179,18
A05D	CONTRIBUTI DA AZIENDA SANITARIA DI IMOLA	€ 0,00	€ 49.309,19	€ 0,00	€ 0,00
A05E	CONTRIBUTI DALLO STATO E DA ALTRI ENTI PUBBLICI	€ 380.611,99	€ 50.456,42	€ 0,00	€ 2.387,84
A05F	ALTRI CONTRIBUTI E DONAZIONI DA PRIVATI	€ 138.243,15	€ 71.800,00	€ 71.800,00	€ 71.800,00
<b>TOTALE A)</b>		<b>€ 28.655.433,00</b>	<b>€ 31.505.005,05</b>	<b>€ 30.720.300,00</b>	<b>€ 31.478.924,62</b>

CONTO ECONOMICO		CONSUNTIVO 2008	CONSUNTIVO 2009	PREVISIONE 2010	CONSUNTIVO 2010
<b>B</b>	<b>COSTI DELLA PRODUZIONE</b>				
B06	ACQUISTI BENI	€ 660.632,27	€ 679.486,18	€ 701.900,00	€ 653.282,26
B06A	ACQUISTI BENI SOCIO - SANITARI	€ 388.801,30	€ 404.215,75	€ 402.100,00	€ 405.676,30
B06B	ACQUISTI BENI TECNICO - ECONOMALI	€ 271.830,97	€ 275.270,43	€ 299.800,00	€ 247.605,96
B07	ACQUISTI DI SERVIZI	€ 15.200.289,20	€ 18.296.933,55	€ 18.091.100,01	€ 18.642.891,44
B07A	ACQUISTO DI SERVIZI PER LA GESTIONE DELL'ATTIVITÀ SOCIO SANITARIA E SOCIO ASSISTENZIALE	€ 9.483.406,18	€ 11.720.598,36	€ 11.265.200,01	€ 11.738.151,94
B07B	SERVIZI ESTERNALIZZATI	€ 2.637.047,44	€ 2.611.923,64	€ 2.671.200,00	€ 2.489.963,06
B07C	TRASPORTI	€ 125.066,09	€ 124.171,61	€ 126.200,00	€ 129.980,44
B07D	CONSULENZE SOCIO SANITARIE E SOCIO ASSISTENZIALI	€ 818.176,25	€ 1.137.215,83	€ 1.187.800,00	€ 1.794.061,59
B07E	ALTRE CONSULENZE	€ 90.064,14	€ 109.530,67	€ 133.800,00	€ 101.502,98
B07F	LAVORO INTERINALE ED ALTRE FORME DI COLLABORAZIONE	€ 247.699,65	€ 632.792,43	€ 653.000,00	€ 435.004,48
B07G	UTENZE	€ 891.709,81	€ 1.009.437,42	€ 1.104.700,00	€ 1.054.391,28
B07H	MANUTENZIONI E RIPARAZIONI ORDINARIE E CICLICHE	€ 313.454,50	€ 442.537,72	€ 413.800,00	€ 434.543,75
B07I	COSTI PER ORGANI ISTITUZIONALI	€ 56.393,62	€ 57.606,80	€ 70.500,00	€ 70.020,18
B07J	ASSICURAZIONI	€ 64.625,63	€ 70.206,80	€ 67.200,00	€ 67.256,11
B07K	ALTRI SERVIZI	€ 472.645,89	€ 380.912,27	€ 397.700,00	€ 328.015,63
B08	GODIMENTO DI BENI DI TERZI	€ 68.258,10	€ 105.177,55	€ 104.900,00	€ 102.189,11
B08A	AFFITTI	€ 67.131,95	€ 102.166,32	€ 101.700,00	€ 102.189,11
B08C	SERVICE	€ 1.126,15	€ 3.011,23	€ 3.200,00	€ 0,00
B09	COSTO DEL PERSONALE DIPENDENTE	€ 6.955.220,21	€ 6.774.429,44	€ 6.830.500,00	€ 6.671.488,39
B09A	SALARI E STIPENDI	€ 5.413.851,12	€ 5.289.901,47	€ 5.282.500,00	€ 5.179.742,17
B09B	ONERI SOCIALI	€ 1.503.078,70	€ 1.432.820,34	€ 1.479.500,00	€ 1.443.182,80
B09D	ALTRI COSTI PERSONALE DIPENDENTE	€ 38.290,39	€ 51.707,63	€ 68.500,00	€ 48.563,42
B10	AMMORTAMENTI E SVALUTAZIONI	€ 398.557,16	€ 411.773,29	€ 403.500,00	€ 677.775,53
B10A	AMMORTAMENTI DELLE IMMOBILIZZAZIONI IMMATERIALI	€ 71.597,10	€ 95.751,71	€ 92.500,00	€ 254.955,01
B10B	AMMORTAMENTI DELLE IMMOBILIZZAZIONI MATERIALI	€ 190.960,06	€ 236.021,58	€ 275.000,00	€ 236.820,52
B10D	SVALUTAZIONE DEI CREDITI COMPRESI NELL'ATTIVO CIRCOLANTE E DELLE DISPONIBILITÀ LIQUIDE	€ 136.000,00	€ 80.000,00	€ 36.000,00	€ 186.000,00
B11	VARIAZIONE DELLE RIMANENZE DI MATERIE PRIME E DI BENI DI CONSUMO	€ 72.426,21	€ 12.237,21	€ 0,00	€ 6.871,53
B11A	VARIAZIONE DELLE RIMANENZE DI MATERIE PRIME E DEI BENI DI CONSUMO SOCIO-SANITARI	€ 58.518,12	€ 17.243,07	€ 0,00	€ 3.713,47
B11B	VARIAZIONE DELLE RIMANENZE DI MATERIE PRIME E DI BENI DI CONSUMO TECNICO-ECONOMALI	€ 13.908,09	€ 5.005,86	€ 0,00	€ 3.158,06
B12	ACCANTONAMENTI AI FONDI RISCHI	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 6.515,74
B13	ALTRI ACCANTONAMENTI	€ 182.370,15	€ 27.424,44	€ 0,00	€ 82.925,68
B14	ONERI DIVERSI DI GESTIONE	€ 4.630.825,61	€ 4.802.555,08	€ 4.149.700,00	€ 4.086.362,68
B14A	COSTI AMMINISTRATIVI	€ 40.165,79	€ 42.069,08	€ 47.300,00	€ 47.219,56
B14B	IMPOSTE NON SUL REDDITO	€ 10.883,39	€ 9.931,00	€ 12.300,00	€ 10.995,90
B14C	TASSE	€ 3.327,33	€ 1.184,25	€ 3.000,00	€ 5.605,44
B14D	ALTRI ONERI DIVERSI DI GESTIONE	€ 4.574.949,10	€ 4.720.208,54	€ 4.087.100,00	€ 3.970.278,51
B14E	MINUSVALENZE ORDINARIE	€ 0,00	€ 139,81	€ 0,00	€ 0,00
B14F	SOPRAVVENIENZE PASSIVE ED INSUSSISTENZE DELL'ATTIVO ORDINARIE	€ 0,00	€ 28.022,40	€ 0,00	€ 52.263,27
B14G	CONTRIBUTI EROGATI AD AZIENDE NON-PROFIT	€ 1.500,00	€ 1.000,00	€ 0,00	€ 0,00
<b>TOTALE B)</b>		<b>€ 28.023.726,49</b>	<b>€ 31.110.016,74</b>	<b>€ 30.281.600,00</b>	<b>€ 30.916.559,30</b>
<b>DIFFERENZA TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B)</b>		<b>€ 631.706,51</b>	<b>€ 394.988,31</b>	<b>€ 438.700,00</b>	<b>€ 562.365,32</b>
<b>C</b>	<b>PROVENTI E ONERI FINANZIARI</b>				
C15	PROVENTI DA PARTECIPAZIONI	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
C16	ALTRI PROVENTI FINANZIARI	€ 3.292,45	€ 16.335,99	€ 0,00	€ 3.259,80
C16B	INTERESSI ATTIVI BANCARI E POSTALI	€ 3.249,48	€ 16.335,99	€ 0,00	€ 3.259,80
C16C	PROVENTI FINANZIARI DIVERSI	€ 42,97	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
C17	INTERESSI PASSIVI ED ALTRI ONERI FINANZIARI	€ 28.717,60	€ 89,83	€ 24.000,00	€ 5.627,39
C17A	INTERESSI PASSIVI SU MUTUI	€ 0,00	€ 0,00	€ 4.000,00	€ 0,00
C17B	INTERESSI PASSIVI BANCARI	€ 0,05	€ 0,00	€ 20.000,00	€ 5.459,71
C17C	ONERI FINANZIARI DIVERSI	€ 28.717,55	€ 89,83	€ 0,00	€ 167,68
<b>TOTALE C)</b>		<b>€ 25.425,15</b>	<b>€ 16.246,16</b>	<b>€ 24.000,00</b>	<b>€ 2.367,59</b>
<b>D</b>	<b>RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITÀ FINANZIARIE</b>				
D18	RIVALUTAZIONI	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
D19	SVALUTAZIONI	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
<b>TOTALE D)</b>		<b>€ 0,00</b>	<b>€ 0,00</b>	<b>€ 0,00</b>	<b>€ 0,00</b>
<b>E</b>	<b>PROVENTI E ONERI STRAORDINARI</b>				
E20	PROVENTI STRAORDINARI	€ 78.416,76	€ 107.733,59	€ 99.500,00	€ 86.561,40
E20A	DONAZIONI, LASCITI ED EROGAZIONI LIBERALI	€ 78.416,76	€ 107.733,59	€ 99.500,00	€ 70.740,92
E20C	SOPRAVVENIENZE ATTIVE ED INSUSSISTENZE DEL PASSIVO STRAORDINARIE	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 15.820,48
E21	ONERI STRAORDINARI	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 16.357,52
E21B	SOPRAVVENIENZE PASSIVE ED INSUSSISTENZE DELL'ATTIVO STRAORDINARIE	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 16.357,52
<b>TOTALE E)</b>		<b>€ 78.416,76</b>	<b>€ 107.733,59</b>	<b>€ 99.500,00</b>	<b>€ 70.203,88</b>
<b>RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A-B+C+D+E)</b>		<b>€ 684.698,12</b>	<b>€ 518.968,06</b>	<b>€ 514.200,00</b>	<b>€ 630.201,61</b>
<b>I</b>	<b>IMPOSTE E TASSE</b>				
I22	IMPOSTE SUL REDDITO	€ 477.362,80	€ 518.038,21	€ 514.200,00	€ 465.695,26
I22A	IRAP	€ 468.091,80	€ 505.994,21	€ 501.200,00	€ 459.205,26
I22B	IRES	€ 9.271,00	€ 12.044,00	€ 13.000,00	€ 6.490,00
U23	UTILE O PERDITA DI ESERCIZIO	€ 207.335,32	€ 929,85	€ 0,00	€ 164.506,35

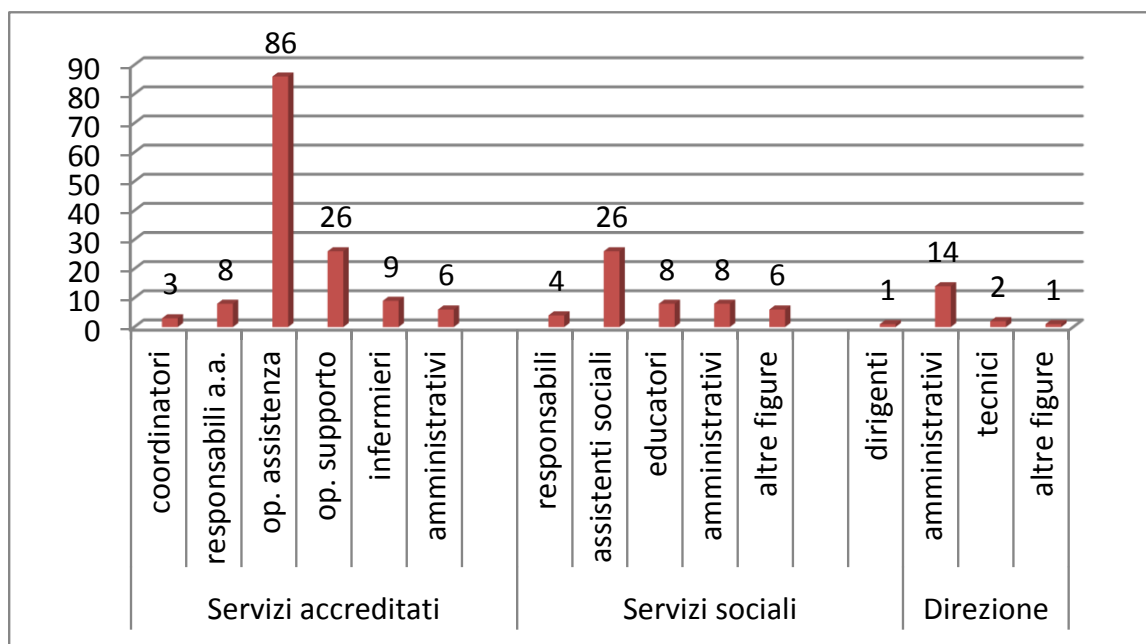
### 3.2. Risorse umane

Il patrimonio aziendale piu' prezioso è rappresentato dai suoi dipendenti. Alla fine dell'anno 2010 risultavano assunte a tempo indeterminato 208 persone.

Il personale ASP è inquadrato nel contratto Enti Locali.

Nel grafico sottostante si è rappresentata la distribuzione del personale per aree di lavoro prevalenti: servizi accreditati, servizi sociali e direzione. Il personale dedicato ai servizi accreditati rappresenta la gran parte dei dipendenti (138 persone) e opera nelle strutture residenziali e semiresidenziali di Imola e Medicina, con attività di assistenza diretta e di supporto. Il personale dedicato ai servizi sociali (48 persone) opera nelle sedi di Imola, Castel S.Pietro e Medicina. Il personale della direzione ASP (18 persone) ha sede prevalente nella sede legale di Castel S.Pietro.

**Grafico 6 – Distribuzione del personale per area funzionale e qualifica professionale al 31/12/2010**



Oltre al personale dipendente, ASP si è avvalsa del lavoro del personale delle Cooperative sociali. Nell'elenco dei servizi che hanno fatto domanda di accreditamento transitorio era richiesto espressamente di elencare il personale impiegato nell'assistenza ed il possesso dei requisiti professionali.

Considerato l'importanza delle risorse umane che sono impegnate in questo prezioso lavoro, si è ritenuto opportuno fornire un quadro di insieme del personale delle Cooperative Sociali che vi opera.

Per quanto riguarda i servizi accreditati, non a gestione diretta di ASP, il personale di assistenza impegnato risulta pari a 229 unità. In prevalenza questo personale è già in possesso della qualifica di Operatore Socio Sanitario o è in via di acquisizione del titolo attraverso la frequenza ai corsi di studio o ai percorsi di qualificazione.

**Tabella 30– Distribuzione del personale di assistenza delle Cooperative in convenzione al 30/9/2010**

Servizio affidato a Cooperative Sociali in convenzione ASP	N. totale operatori assistenziali
1. Casa Residenza Anziani Imola	72
2. Casa Residenza Anziani Tossignano	20
3. Casa Residenza Anziani Fontanelice	15
4. Casa Residenza Anziani Castel SPT	39
5. Casa Residenza Anziani Dozza	9
6. Centro Diurno CSPT	3
7. Centro Diurno Medicina	5
8. SAD Imola ValMor Medicina	41
9. SAD Castel SPT	11
10. Centro residenziale per disabili Imola	9
11. Centro diurno per disabili Imola	4
12. Centro diurno per disabili CSPT	1
TOTALI	229

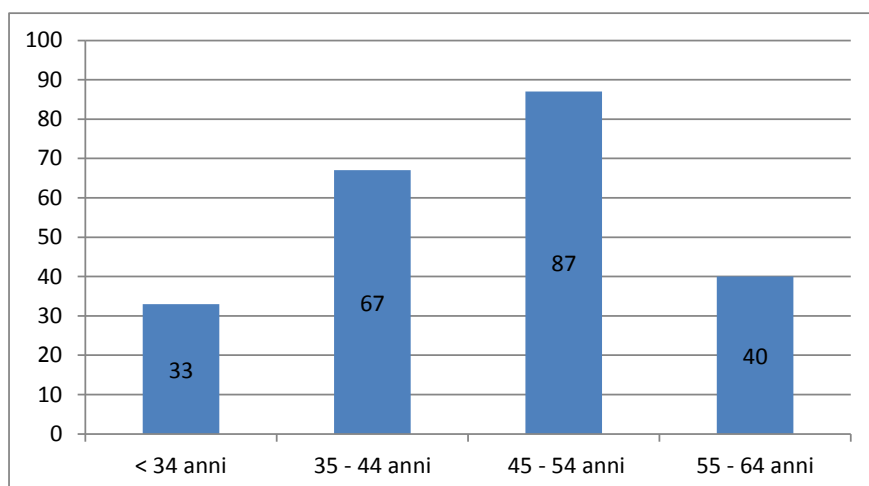
( fonte domande di accreditamento)

#### -La carta d'identità del personale dipendente

Nel corso dell'anno sono state impiegate 227 persone come dipendenti a tempo indeterminato, di cui 15 si sono dimesse (rispettivamente 5 per pensionamento, 5 per mobilità e 5 per dimissioni volontarie) e 13 sono state assunte (di cui 9 infermieri). Un assistente sociale è stato assunto con contratto a tempo determinato e 26 operatori addetti all'assistenza hanno lavorato per periodi più o meno lunghi con contratti interinali per fare fronte ad assenze lunghe per malattia o maternità.

Per offrire una rappresentazione completa delle caratteristiche anagrafiche dei dipendenti si è scelto di fare riferimento all'intero contingente del personale transitato (227 persone).

Il personale in servizio è in prevalenza femminile (94%) e la classe di età più rappresentata è quella fra i 45 e i 54 anni.

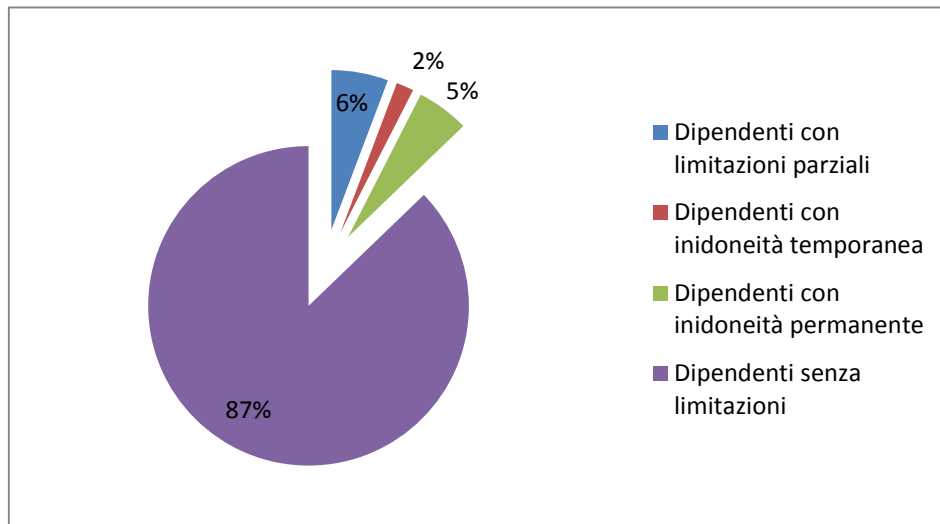
**Grafico 7 – Distribuzione del personale per età**



### - Gestione del rischio e della sicurezza

Nel corso del 2010 si è registrata una prevalenza di personale con inidoneità pari al 13%, come meglio espresso dal grafico sottostante. Gli infortuni sul lavoro denunciati all'INAIL sono stati 18.

**Grafico 8 – Distribuzione del personale per idoneità**



### -La formazione

Le ore per iniziative di aggiornamento sono state 784 per il personale di assistenza delle strutture residenziali per anziani (pari 8 medie a testa). I principali eventi sono stati: la riqualificazione OSS, il progetto formativo sulle "terapie non farmacologiche" e "comunicazione" per i malati di demenza, gli approfondimenti sul "corretto uso dei presidi contenitivi".

Il personale dell'area amministrativa ha partecipato a numerose iniziative in tema di "controllo di gestione", "adempimenti per le gare e contratti", "utilizzo di programmi per la protocollazione".

Il personale dell'area sociale si è focalizzato sui temi della "tutela dei minori", "la gestione di rapporti con le vittime e con gli autori di violenza".

Complessivamente le giornate impegnate per aggiornamento e formazione sono state 215.

### -Le politiche di genere

Le persone assenti per maternità sono state 6 e quelle che hanno utilizzato periodi aggiuntivi di congedo per maternità sono state 11.

Un aspetto di rilievo è rappresentato dall'elevato numero di dipendenti con contratti part-time (27 persone pari al 12%)

### - Le assenze e le presenze

Si è registrato un numero medio di giorni di assenza per dipendente pari a 28,37, principalmente per malattia (16,42 giorni), per utilizzo di permessi della L.104 (6,22 giorni) e per malattia dei figli (2,99).

### 3. 3 Attrezzature e patrimonio

La legge finanziaria 2008, prevede che le pubbliche amministrazioni, ai fini del contenimento delle spese di funzionamento delle proprie strutture, adottino contestualmente al bilancio, un piano triennale volto alla individuazione di misure finalizzate alla razionalizzazione dell'utilizzo:

- a) delle dotazioni strumentali, anche informatiche, che corredano le stazioni di lavoro nell'automazione d'ufficio;
- b) delle apparecchiature di telefonia mobile, prevedendone l'assegnazione ai soli casi in cui il personale debba assicurare, per esigenze di servizio, pronta e costante reperibilità.
- c) delle autovetture di servizio, attraverso il ricorso, previa verifica di fattibilità, a mezzi alternativi di trasporto, anche cumulativo;
- d) dei beni immobili a uso abitativo o di servizio, con esclusione dei beni infrastrutturali;

A questa relazione si rinvia per i dettagli. In sintesi si può affermare che la dotazione di attrezzature informatiche e telefonia è coerente con le finalità dell'ente quanto a numero e caratteristiche tecnologiche, mentre per quanto riguarda le automobili di servizio si tratta per lo più di mezzi non recenti.

Rispetto alla valorizzazione del patrimonio aziendale va ricordato che la scelta degli enti associati è stata quella di non trasferire alcuna proprietà immobiliare rispetto agli immobili di proprietà degli enti e di attribuirli in uso gratuito all'Asp per il perseguimento degli scopi aziendali. Il patrimonio immobiliare è pertanto costituito solo dagli immobili delle ex Ipab trasferiti dal 1 gennaio 2008 all'Asp. Il patrimonio immobiliare è costituito, in assoluta prevalenza, da immobili a destinazione vincolata in quanto destinati alla gestione dei servizi (in particolare Case Protette per anziani non autosufficienti di Imola e Borgo Tossignano).

Il patrimonio non vincolato è rappresentato da Villa Clelia, sita in Imola in via Montericco, che continuerà ad essere concesso in locazione al Comune di Imola fino al 2012 al fine di consentire allo stesso di ristrutturare dei plessi scolastici che ospitano scuole dell'infanzia comunali a Zolino, Fontanelle, Campanella, che necessitano di interventi radicali non compatibili con la presenza dei bambini.

Il resto del patrimonio non vincolato è rappresentato da tre locali a Tossignano che non hanno un valore commerciale significativo e che, sulla base delle indicazioni del Comune di Borgo Tossignano, saranno ceduti in locazione alla Pro Loco (gratuitamente) per svolgere attività senza fini di lucro a favore della popolazione della frazione.

## Conclusioni e ringraziamenti

La stesura del documento è stata l'occasione per mettere a fuoco programmi e progetti realizzati, ma anche di comprendere i punti nei quali le attività o i costi possono essere rendicontati in modo ancora più esauriente per l'anno prossimo nella logica del Bilancio Sociale.

Nella selezione dei dati e nella stesura delle note illustrative si è cercato di rendere evidente la complessità e la varietà del nostro lavoro e di stabilire, per quanto possibile, un riferimento per sviluppare la nostra attività. Per un'Azienda "giovane" e in movimento come ASP lo sforzo di raccontarsi è impegnativo e imperfetto.

Si ringraziano le responsabili che hanno predisposto i testi di commento ai dati e le colleghe che li hanno raccolti. Si ringraziano anche alcuni "pazienti lettori" che ci hanno aiutato a rendere migliore il nostro lavoro.

Il Direttore ASP  
Raffaella Stiassi



Castel S.Pietro Terme, settembre 2011