

BILANCIO SOCIALE

2011



Presentazione

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.. Per altro, proprio per questi motivi, la Regione ha condotto nel 2011 un'indagine sulle ASP, di cui sta presentando i risultati in questi giorni.

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. Da questo modello, si è predisposta la rendicontazione sociale del 2011 con la consapevolezza che anche la nostra realtà aziendale, pur con risorse limitate, si dovesse comunque confrontare con questo schema.

Come l'anno scorso, 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 primo passo in questo senso è la sua presentazione in concomitanza con il Bilancio consuntivo 2011.

Altri miglioramenti sono rappresentati dall'arricchimento di alcune sezioni sull'attività svolta, rese possibili dall'integrazione di alcune raccolte di dati con le schede messe a punto per il budget.

Infine, raccogliendo le sollecitazioni dell'Assemblea dei Soci, laddove possibile, sono stati forniti dati per Comune di residenza degli utenti. In particolare, nella terza parte si è approfondita la spesa sociale con una prima sperimentale lettura delle componenti della spesa e l'individuazione delle prestazioni sociali a più alto assorbimento di risorse.



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. 7 |
| ▪ La mission | Pag. 9 |
| ▪ Gli obiettivi strategici | Pag. 9 |
| ▪ La struttura organizzativa | Pag.11 |
| Parte II Rendicontazione delle politiche e dei servizi resi | |
| 1. L'attività istituzionale nel 2011 | Pag.12 |
| 2. Le schede delle singole attività SERVIZI SOCIALI | |
| 2.1 Il sistema di accesso ai servizi: - Sportello sociale | Pag.13 |
| 2.2 Servizio sociale professionale - Unità di Valutazione Multidimensionale | Pag.15 |
| 2.3 La fornitura e l'erogazione degli interventi per famiglie con minori - Contributi economici - Interventi di accoglienza - Rapporti con autorità giudiziaria | Pag.17 |
| 2.4 La fornitura e l'erogazione degli interventi per adulti in difficoltà - Il tema della casa | Pag.21 |
| 2.5 La fornitura e l'erogazione degli interventi per disabili - Integrazione sociale - Sostegno a domicilio - Semi- Residenzialità - Residenzialità | Pag.24 |
| 2.6 La fornitura e l'erogazione degli interventi per anziani: - Interventi economici - Servizi domiciliari - La soddisfazione | Pag.27 |
| 2.7 I servizi accreditati per anziani - Centri diurni - Residenze | Pag.32 |
| Parte III Rendicontazione delle risorse disponibili e utilizzate | |
| 3.1 Risorse economico-finanziarie • Le risorse per servizi sociali • Il costo delle prestazioni | Pag.38 |
| 3.2 Le risorse umane | Pag. 43 |
| 3.3 Infrastrutture e tecnologie | Pag.46 |
| Conclusioni | |

Parte I

Valori di riferimento, visione e indirizzi

1. L'IDENTITA' 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 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 e delle strutture 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.

Nel 2011 si compie il processo di separazione dei servizi accreditati, che rimangono a gestione ASP solo per la quota parte svolta con personale dipendente.

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. 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. 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.

Il Presidente dell'Azienda ottempera al mandato ricevuto dai Comuni –soci, riceve il pubblico in maniera puntuale e continua, 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, che nel 2011 raggiungono alcuni importanti accordi in materia di tariffe e integrazione rette.

La cooperazione sociale rappresenta per ASP nel 2011 il principale fornitore dei servizi non accreditati, ma è contemporaneamente partner di azioni di sviluppo e consolidamento della rete dei servizi territoriali. Comunità Solidale, Seacoop, Gruppo Operativo Solco Imola, 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, sia 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: la Fondazione Santa Caterina, l'associazione Trame di terra, San Giacomo, La Cicoria, UCIPEM, CUBERDON, ecc.

Ugualmente le convenzioni con il volontariato, rappresentato da: AUSER, ANTEAS, Associazione Anziani "G. Rambaldi", CNA 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.

Le positive relazioni instaurate ha consentito la sigla dell'accordo integrativo del 2011 nella prima parte dell'anno.

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.

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.

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.

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

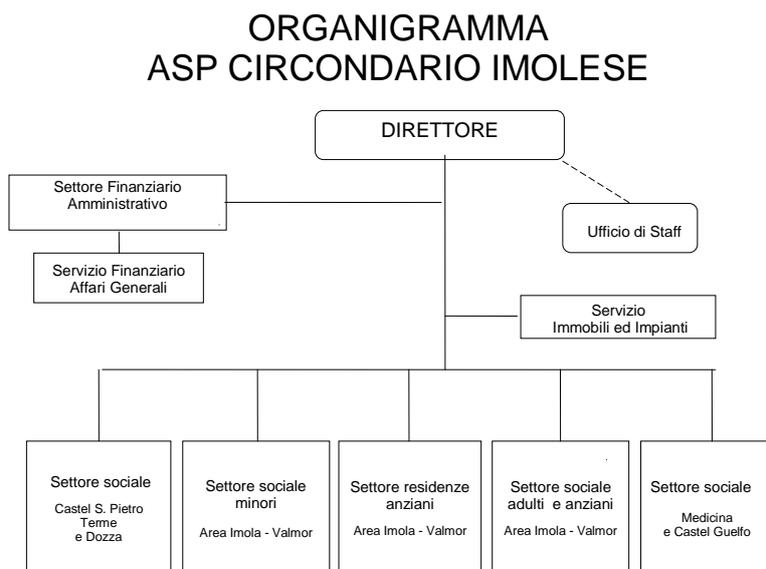
L'organizzazione aziendale prevede una netta distinzione tra le funzioni di indirizzo e quelle gestionali: le prime sono in capo all'Assemblea dei Soci e al Consiglio di Amministrazione e le seconde sono riservate alla struttura organizzativa la cui responsabilità gestionale è affidata al Direttore.

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: l'area di Imola, Borgo Tossignano, Casalfiumanese, Fontanelice, Castel del Rio e Mordano, l'area Ovest che si impernia sul territorio di Castel S. Pietro Terme e Dozza, l'area Nord Ovest che comprende i Comuni di Medicina e Castel Guelfo.

Figura 1 – Organigramma ASP e principali variazioni 2011



9/2/2011

Parte II

Rendicontazione delle politiche e dei servizi resi

1. L'AZIONE ISTITUZIONALE E LE ATTIVITÀ ISTITUZIONALI

A fronte di un quadro economico complesso, si è sviluppato un confronto fra gli organismi di governo della ASP, Consiglio di Amministrazione e Assemblea dei Soci, che ha condotto alla definizione di Linee di indirizzo per la formulazione del budget 2011.

Gli interventi di sviluppo dei servizi e di razionalizzazione della spesa scelti per il 2011 riguardano in sintesi le aree dei servizi accreditati e dei servizi territoriali, e sono più ampiamente dettagliati nella sezione analitica del documento. In sintesi tali interventi sono rappresentati di seguito:

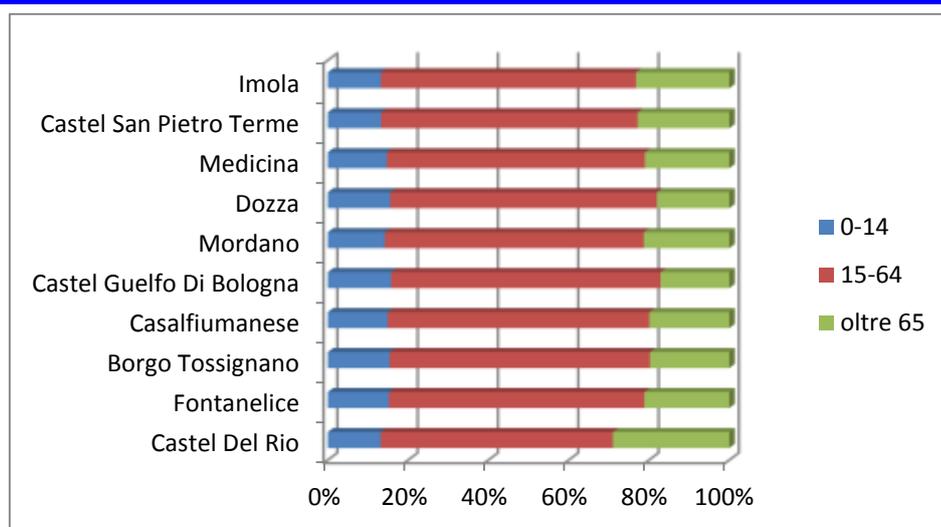
- Come primo effetto del processo di accreditamento, la ASP e gli altri gestori accreditati hanno dovuto confrontare i propri costi con i costi di riferimento per i servizi residenziali e domiciliari fissati dalla Regione.. Si rileva che le strutture accreditate aziendali hanno costi gestionali superiori ai costi di riferimento regionali e la quota di contribuzione delle rette e del fondo per la non autosufficienza non sono sufficienti a coprirli. L'impegno richiesto per il 2011 è stato concentrato per un'analisi della spesa e una sua razionalizzazione, a fronte del mantenimento dei livelli di servizio precedenti. Inoltre, si è dovuto applicare la normativa regionale che prevede una sola tipologia di struttura residenziale per anziani, trasformando la RSA in Casa Residenza Anziani e pertanto modificandone l'organizzazione sanitaria.
- La funzione dell'assistente sociale, supportata dall'integrazione con educatori e psicologi è di presa in carico con progettualità complessiva. Da qui è nato l'indirizzo di ricomporre in un "budget di cura" per categoria di utenti (anziani, disabili e minori) tutto l'insieme di strumenti operativi (servizi e contributi) presenti nell'area non residenziale (centro diurno, assistenza di base, pasto, assegno di cura). Stante la necessità di utilizzare le risorse presenti con la massima attenzione all'equità dei cittadini, le principali linee hanno riguardato la selezione delle prestazioni prioritarie e la determinazione precisa della sua erogazione. La seconda linea di azione ha riguardato l'area sociale, dove la domanda d'intervento di sostegno economico alle famiglie in difficoltà è stata aggravata dalla situazione di crisi.

2. LE SCHEDE RELATIVE ALLE SINGOLE ATTIVITÀ

2.1 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 –distribuzione percentuale per classe di età



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. La natura organizzativa degli sportelli nei territori non è completamente omogenea. Nelle note si sono indicati i diversi rapporti con l'ufficio casa.

Tab. 1 – Sportello sociale 2011

| AREA | Contatti | Numero medio contatti per 1000 abitanti |
|--|--------------|---|
| Area Imola – Vallata – Mordano *non comprende attività ufficio casa Imola | 3.408 | 40,66 |
| Area Nord-Ovest *comprende attività ufficio casa | 1.723 | 82,23 |
| Area Ovest *comprende attività ufficio casa solo Dozza | 1.346 | 49,50 |
| TOTALE | 6.477 | |

L'informazione ai cittadini è il focus dell'attività di questo servizio, al quale si aggiunge l'attività amministrativa e di gestione dei benefici a domanda individuale.

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. Negli altri casi lo Sportello Immigrati è parte dello Sportello Sociale anche se registra separatamente i contatti per questa tipologia di utenza.

Tab. 2 – Sportello immigrati 2011

| AREA | Contatti |
|--------------------------------|--------------|
| Area Imola – Vallata – Mordano | 1.170 |
| Area Nord-Ovest | 105 |
| Area Ovest | 192 |
| TOTALE | 1.467 |

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,

Tabella 3 – Tempi di attesa medi sportello Imola

| IMOLA | ANZIANI/ADULTI | MINORI |
|--|----------------|--------|
| ZONA CENTRO | 12,92 | 5,58 |
| CAPUCCINI/PEDAGNA/ PONTICELLI | 9,33 | 7,58 |
| MARCONI/ ZOLINO/ Z.INDUSTRIALE/ S.PROSPERO/ 3 MONTI/ CAMPANELLA | 9,00 | 9,75 |

I tempi di attesa sono stati registrati solo a Imola in maniera formale, considerando il numero di operatori e la specializzazione per equipe. Sono registrati assegnando l'utente all'assistente sociale di riferimento per zona e sono calcolati come giorni di calendario per avere l'appuntamento in via ordinaria, mentre le urgenze sono accolte entro 24-48 ore.

Inoltre, 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



SEDE ASP IMOLA

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.

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.

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 2011 è rilevante: sono state effettuate complessivamente 109 valutazioni per persone affette da problematiche sanitarie e sociali complesse, di queste attraverso la UVM Minori sono stati esaminati 29 casi e attraverso la UVM Adulti 80 casi.

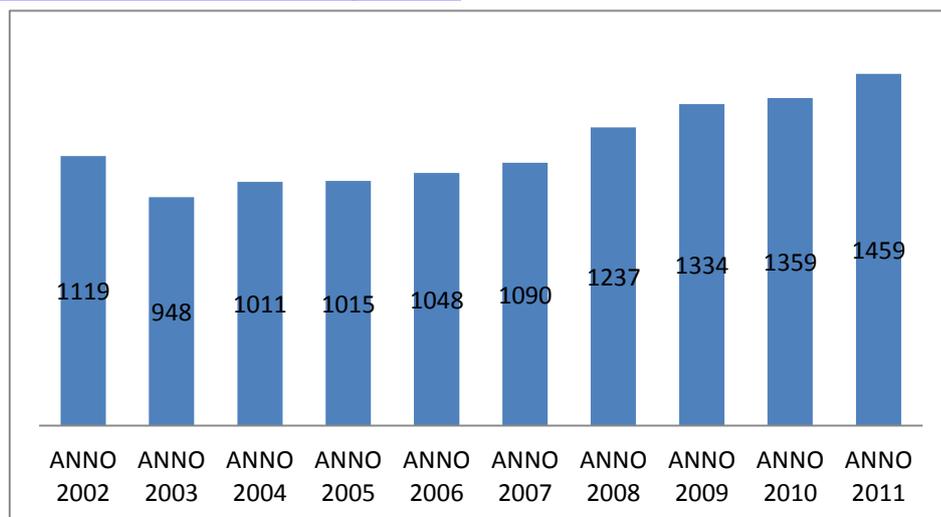
Tab. 4 – Attività della Unità di Valutazione Multidimensionale

| AREA | MINORI | ADULTI | TOTALE |
|--------------------------------|--------|--------|--------|
| Area Imola – Vallata – Mordano | 25 | 54 | 79 |
| Area Nord-Ovest | 1 | 16 | 17 |
| Area Ovest | 3 | 10 | 13 |
| TOTALE | 29 | 80 | 109 |

Nell'area dell'assistenza agli anziani, ovviamente, il dato è molto più elevato e assomma come UVG - Unità di Valutazione Geriatrica a 1.459 casi.

Si è confermata la tendenza all'aumento di domande di valutazione della condizione di non autosufficienza per l'ammissione ai servizi.

Grafico 2 – N. valutazioni UVG per anno



Si segnala, che per far fronte ai lunghi tempi di attesa per le valutazioni, sono state introdotte alcune semplificazioni della composizione della UVG, che per le valutazioni territoriali limita la presenza medica ai casi in cui sia richiesto un ingresso in struttura residenziale o la proposta di dell'assegno di cura nei casi complessi".

Le valutazioni ospedaliere completano il processo di dimissione protetta in più della metà dei casi, come si può vedere dalla tabella successiva.

Tab. 5 – N. valutazioni UVG per tipologia di servizio e per comune di residenza

| AREA | TERR | OSPED | TOTALE |
|--------------------------------|--------------|------------|--------------|
| Area Imola – Vallata – Mordano | 773 | 262 | 1.035 |
| Area Nord-Ovest | 144 | 32 | 176 |
| Area Ovest | 152 | 96 | 248 |
| TOTALE | 1.069 | 390 | 1.459 |

Si utilizza il termine "Dimissioni Protette" per definire l'insieme delle azioni che accompagnano la realizzazione di percorsi di continuità ospedale/territorio. Si intende la dimissione da un Reparto ospedaliero di un paziente in cui permangono bisogni sanitari, sociali o sociosanitari che rendono necessario organizzare, prima della dimissione, una continuità fra ospedale e territorio, tramite la collaborazione di professionisti ospedalieri e territoriali. Gli obiettivi che si perseguono sono di assicurare al malato ed alla sua famiglia un adeguato supporto sanitario e socio assistenziale al momento del rientro a domicilio, aumentare l'appropriatezza dell'assistenza a domicilio, favorendo la deospedalizzazione e prevenendo i re-ricoveri ed ottimizzare l'uso delle risorse attraverso la corretta individuazione e la precoce attuazione dei percorsi terapeutico – assistenziali per il singolo paziente.

Tab.6 – N. dimissioni protette per tipologia di utente e per area

| AREA | ADULTI | ANZIANI | TOTALE |
|--------------------------------|------------|------------|------------|
| Area Imola – Vallata – Mordano | 70 | 445 | 515 |
| Area Nord-Ovest | 12 | 63 | 75 |
| Area Ovest | 27 | 162 | 189 |
| TOTALE | 109 | 670 | 779 |

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... 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 2011 per tutte le tipologie di problematiche sopra illustrate.

Tab. 7 – N. interventi sociali e servizi educativi per comune e per anno

| MINORI | situazione in essere | | movimenti | | |
|--------------------|--|--|---|---|------------------------------------|
| | n° minori attualmente in carico al 31/12 | n° minori stranieri attualmente in carico al 31/12 | n° minori in carico nel corso dell'anno | n° minori stranieri in carico nel corso dell'anno | n° nuove prese in carico di minori |
| 31/12/2009 | 1.763 | 731 | 1.958 | 810 | 407 |
| 31/12/2010 | 1.863 | 790 | 2.186 | 904 | 460 |
| 31/12/2011 | 1.891 | 814 | 2.151 | 925 | 312 |
| Borgo Tossignano | 65 | 37 | 68 | 38 | 6 |
| Casalfiumanese | 23 | 8 | 29 | 9 | 5 |
| Castel del Rio | 32 | 16 | 32 | 16 | 5 |
| C.Guelfo | 46 | 20 | 55 | 27 | 18 |
| Castel S.Pietro T. | 150 | 72 | 170 | 77 | 22 |
| Dozza | 78 | 32 | 99 | 47 | 21 |
| Imola | 1153 | 473 | 1294 | 527 | 160 |
| Fontanelice | 26 | 20 | 30 | 21 | 5 |
| Medicina | 227 | 103 | 279 | 126 | 54 |
| Mordano | 52 | 18 | 52 | 19 | 3 |
| fuori territorio | 39 | 15 | 43 | 18 | 13 |

Dai dati riportati emerge una stabilizzazione del numero dei minori in carico dopo alcuni anni di un progressivo incremento; tale fenomeno è evidenziato da una diminuzione del numero di nuove prese in carico e contestualmente da una diminuzione del numero delle dimissioni nel medesimo periodo. Tali dati sono da intendersi come fortemente integrati e potrebbero essere ricondotti alla situazione economica presente sul territorio che, se da un lato aumenta la precarietà e il ricorso a prestazioni socio assistenziali riducendo l'autonomia, dall'altro tende anche a modificare gli stili di vita e le esigenze dei nuclei familiari che possono ricorrere in misura inferiore ad alcuni servizi (asilo nido, mensa scolastica,...). Tali comportamenti portano a ridurre la richiesta di agevolazioni economiche sulla retta, ma anche a diminuire le possibili segnalazioni o gli invii al servizio, fatti dal sistema scolastico e conseguenti alla rilevazione di elementi di disagio e/o di difficoltà. Il protrarsi nel tempo di tale indicatore potrebbe essere elemento di particolare attenzione nell'ottica di un lavoro di prevenzione o di intervento precoce.

- I contributi economici

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. 8 – Trasferimenti in denaro (contributi economici) per famiglie con minori

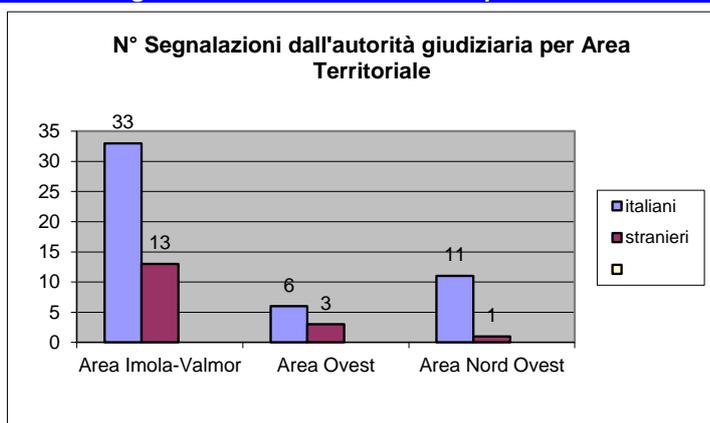
| | OVEST | NORD OVEST | IMOLA VALMOR | TOTALE |
|--------------------------------------|------------------|------------------|-------------------|-------------------|
| ASSISTENZA ECONOMICA | 26.498,41 | 32.009,76 | 54.554,31 | 113.062,48 |
| CONTRIBUTI ALBERGO | 2.557,02 | | 15.145,00 | 17.702,02 |
| CONTRIBUTI HERA | 6.893,67 | 15.417,07 | 38.774,20 | 61.084,94 |
| TOTALE (IN EURO) | 35.949,10 | 47.426,83 | 108.473,51 | 191.849,44 |
| N. NUCLEI FAMILIARI BENEFICIARI 2011 | 69 | 86 | 144 | 299 |
| N. NUCLEI FAMILIARI BENEFICIARI 2010 | 61 | 82 | 187 | 330 |

Nel corso del 2011 la richiesta di interventi di sostegno economico è stata abbastanza elevata, ma le famiglie beneficiarie sono state di meno rispetto all'anno precedente, a parità di spesa. Si è mantenuta l'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, ...); hanno consentito di assicurare ai nuclei la continuità nella fornitura delle utenze nei periodi di maggiore necessità oltre che le 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.

Graf. 3 – Segnalazioni Autorità Giudiziaria per area territoriale 2011



Le motivazioni delle segnalazioni sono prioritariamente riconducibili a tematiche di tipo civile, collegate alla potestà genitoriale, a difficoltà di relazione, ma anche a rischio di devianza ed emarginazione o a condizioni di maltrattamento, violenza. A queste si aggiungono le segnalazioni connesse a risvolti di tipo penale, n. 9 nel corso del 2011 direttamente pervenute dal Servizio Sociale del Ministero di Grazia e Giustizia, e quelle ricevute dalle forze dell'Ordine locali, n. 10 nel corso dell'ultimo anno.

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. In questo senso si comprende come a fronte di un numero complessivo di minori in affidamento minore rispetto al 2010, si siano registrati ben 20 nuovi casi nel 2011.

Tab. 9 – N. affidi e importi economici

| | N.AFFIDI 2009 | N.AFFIDI 2010 | N.AFFIDI 2011 | DI CUI NUOVI AFFIDI |
|---------------------|------------------|------------------|------------------|---------------------------|
| AREA IMOLA – VALMOR | 64 | 56 | 56 | 14 |
| AREA NORD-OVEST | 21 | 30 | 19 | 1 |
| AREA OVEST | 12 | 14 | 19 | 5 |
| TOTALE | 97 | 100 | 94 | 20 |

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 la Fondazione Santa Caterina, a Medicina gestita dalla Fondazione Donati Zucchi. 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.

Tab. 10 – N. minori in strutture comunitarie residenziali

| Area | Minori 2010 | Minori 2011 | di cui con presenza madre |
|---------------------|-------------|-------------|---------------------------|
| Area Imola – Valmor | 51 | 58 | 12 |
| Area Nord-Ovest | 11 | 16 | 8 |
| Area Ovest | 4 | 6 | 1 |
| Totale | 66 | 80 | 21 |

Alcuni minori sono invece collocati insieme con un genitore, nella totalità dei casi con la madre. 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. 11 – N. minori in corso di adozione

| | In corso al 31/12/2010 | Minori con handicap | In corso al 31/12/2011 | Minori con handicap |
|---|------------------------|---------------------|------------------------|---------------------|
| Minori collocati in ADOZIONE NAZIONALE | 9 | 2 | 4 | |
| Minori con provvedimento in corso ADOZIONE INTERNAZIONALE | 5 | | 10 | 1 |

2.4 Adulti

L'entità e l'incremento della popolazione adulta in carico che si è registrato nel 2010, si è mantenuto anche nel 2011. Il movimento di adulti in carico registrato nel corso dell'anno, comprende sia la popolazione adulta in difficoltà sia la popolazione disabile.

Tab. 12 – N. utenti adulti in difficoltà

| ADULTI/DISABILI | Situazione in essere AL 31/12 | | | movimenti nel corso dell'anno | | |
|--------------------|-------------------------------|--------------------|---------------|-------------------------------|--------------------|---------------|
| | adulti in carico | disabili in carico | totale utenti | adulti in carico | disabili in carico | totale utenti |
| Borgo Tossignano | 6 | 17 | 23 | 7 | 19 | 26 |
| Casalfiumanese | 4 | 15 | 19 | 4 | 15 | 19 |
| Castel del Rio | 1 | 2 | 3 | 2 | 2 | 4 |
| C.Guelfo | 8 | 11 | 19 | 12 | 12 | 24 |
| Castel S.Pietro T. | 52 | 69 | 121 | 56 | 75 | 131 |
| Dozza | 3 | 23 | 26 | 9 | 27 | 36 |
| Imola | 105 | 255 | 360 | 133 | 276 | 409 |
| Fontanelice | 2 | 4 | 6 | 2 | 4 | 6 |
| Medicina | 26 | 45 | 71 | 31 | 50 | 81 |
| Mordano | 11 | 5 | 16 | 11 | 5 | 16 |
| Totale | 218 | 446 | 664 | 267 | 485 | 752 |

Le forme dell'intervento più utilizzato dalla popolazione adulta hanno spaziato dai contributi straordinari temporanei, all'erogazione di buoni per il pagamento delle utenze Hera e di buoni spese, fino a erogazioni in denaro finalizzate alla ospitalità di persone sfrattate o senza casa in condizioni di salute compromesse.

Gli utenti presi in carico dal servizio sociale hanno contattato ripetutamente anche gli uffici di ASP.

Come si vede dalla descrizione analitica della tabella seguente i contatti sono stati numerosi soprattutto per la richiesta di contributi economici. Si rileva, inoltre, che non tutti gli sportelli ricevono la stessa tipologia di domanda di contributo, in quanto ogni Comune ha operato proprie scelte relativamente alle attività da esercitare e da delegare ad ASP.

Tab. 13 – Sportello sociale e ufficio casa 2011 – Dettaglio richieste contributi

| AREA | n° contatti per richiesta contributi acqua | n° contatti per richiesta bonus gas | n° contatti per richiesta bonus elettrico | n° contatti per richiesta bonus rifiuti | n° contatti per richiesta contributi abbonamenti ATC | n° domande per contributi di locazione | Totale contatti richiesta contributi |
|--------------------------------|--|-------------------------------------|---|---|--|--|--------------------------------------|
| Area Imola – Vallata – Mordano | 183 | 977 | 902 | 435 | 293 | 940 | 3.730 |
| Area Nord-Ovest | 60 | 183 | 183 | 141 | | 157 | 724 |
| Area Ovest * | | 180 | 170 | | 50 | | 400 |

*solo per Dozza

Per quanto riguarda la richiesta alloggiativa, si riporta in dettaglio il numero di utenti che usufruisce, per motivi tutelari, di una risposta diretta a fronte di un'emergenza abitativa. Infatti, nonostante tutte le azioni descritte messe in campo, per situazioni in numero sempre più crescente, si arriva all'esecuzione dello sfratto, con necessità di individuare una soluzione immediata, se pur precaria.

Tab. 14 – N. inserimento in alloggi a carico ASP

| | Famiglie con minori n° utenti | Adulti n° utenti | Anziani n° utenti |
|---------------|-------------------------------|------------------|-------------------|
| Alloggi ASP | 35 | 19 | 2 |
| Affittacamere | 22 | | |
| Trama terra | 9 | | |
| Tartaruga | 10 | 2 | |
| Totale | 76 | 21 | 2 |

Nel riconfermare che il nostro intento è collegarci agli interventi che attuano le politiche abitative dei Comuni, sia per evitare gli sfratti (Fondo sociale per gli affitti, Protocollo provinciale sfratti, ...), sia per uscire dalla precarietà abitativa di prima risposta (assegnazioni di Edilizia Residenziale Pubblica, Unicoop,...), l'emergenza abitativa rappresenta un problema aperto del Servizio Sociale.

Per questa ragione si è scelto nel Bilancio Sociale di riportare parte della relazione predisposta dalle Responsabili dei Servizi Sociali nel Luglio 2011.

Relazione sull'emergenza sociale

*E' noto come nel corso degli ultimi anni, in particolare dal 2009, sia notevolmente aumentato il numero dei cittadini che si rivolgono ai servizi dell'ASP per rappresentare **difficoltà di tipo economico e abitativo**: sul totale degli accessi che vengono registrati oltre due terzi sono richieste di sostegno nel pagamento di canoni di locazione, utenze, rette scolastiche ecc.; la quasi totalità dei richiedenti esprime un disagio legato alla **perdita del lavoro**, temporanea (cassa integrazione) o definitiva (cessazione di rapporti quasi sempre a tempo determinato); viene continuamente richiesto ai servizi un aiuto per il reperimento di nuove opportunità lavorative che sono molto difficili da reperire sia per i cittadini cosiddetti normodotati che per le categorie protette. Uno dei dati più evidenti è stato l'aumento considerevole di famiglie che si rivolgono ai servizi e alle Amministrazioni Comunali perché colpiti da procedure di **sfratto per morosità** e che necessitano di altre sistemazioni abitative. La tipologia prevalente di famiglia che viene sfrattata è di provenienza extracomunitaria, in stato di disoccupazione o in cassa integrazione o con ridotta occupazione, morosi da tempo nel pagamento dell'affitto, privi di risorse familiari ed economiche di sostegno nel momento della crisi, con minori.*

Si tratta di famiglie che non appaiono in grado di provvedere autonomamente al reperimento di una sistemazione abitativa sia per problemi economici che di diffidenza da parte dei proprietari.

Parimenti è emerso un nuovo fronte di povertà, rappresentato da adulti soli o in convivenza in situazione di fragilità psicologica e relazionale, non necessariamente utenti di servizi sanitari o portatori di qualche forma di invalidità accertata; questi soggetti non possono nemmeno accedere ad una forma minima di sostentamento costituita dall'assegno di invalidità civile e si configurano a forte rischio di cronicità

Tab. 15 – Tipologie degli utenti che richiedono interventi economici (dati del periodo 1.4.2010-31.3.2011)

| | persone o nuclei | famiglia con minori | adulti | anziani | TOTALE | con invalidità superiore al 50% |
|--------------------------------|--|---------------------|--------|---------|--------|---------------------------------|
| Area Imola – Vallata – Mordano | senza contratto di lavoro (di qualunque tipo) | 62 | 55 | | 117 | 30 |
| | senza casa (alloggi di servizio; sfratto già eseguito o in fase di esecuzione) | 35 | 17 | 2 | 54 | 2 |
| | senza utenze (o a rischio di distacco) | 24 | 8 | | 32 | 2 |
| | compresenza di 2 o più fattori | 45 | 52 | | 97 | 6 |
| Area Nord-Ovest | senza contratto di lavoro (di qualunque tipo) | 18 | 20 | | 38 | |
| | senza casa (alloggi di servizio; sfratto già eseguito o in fase di esecuzione) | 16 | 2 | | 18 | 1 |
| | senza utenze (o a rischio di distacco) | 7 | | | 7 | |
| | compresenza di 2 o più fattori | 9 | | | 9 | |
| Area Ovest | senza contratto di lavoro (di qualunque tipo) | 33 | 14 | | 47 | 12 |
| | senza casa (alloggi di servizio; sfratto già eseguito o in fase di esecuzione) | 7 | 2 | 1 | 10 | |
| | senza utenze (o a rischio di distacco) | 5 | 1 | 3 | 9 | 2 |
| | compresenza di 2 o più fattori | 16 | 12 | 1 | 29 | 3 |

Di fronte a queste emergenze sociali, il Servizio sociale professionale si è trovato e si trova in difficoltà nel produrre soluzioni di lunga durata, con caratteristiche di inclusione o re-inclusione sociale dei soggetti fragili e delle famiglie in difficoltà lavorativa. In questi ultimi 2 anni, tuttavia, il Servizio Sociale ha messo in atto un buon livello di risposta economica e abitativa e ha fatto partire alcuni mini-progetti, come forme diverse di intervento di contrasto alla povertà, per prevenire una condizione di povertà ancora più conclamata.

2.5 Disabili

Elevata è stata l'attenzione verso la disabilità e le sue necessità di cura e assistenza, con l'attivazione di percorsi di breve o lunga durata, di sostegno alla autonomia, in supporto o in sostituzione della famiglia; come già emerso in corso di verifica nei lavori del Tavolo tematico del Piano per la Salute e il benessere sociale, si è cercato di garantire un livello di offerta con criteri di appropriatezza ed economicità, al fine di contenere il ricorso alla istituzionalizzazione precoce, fermo restando che si assiste ad una progressiva diversificazione delle forme morbose scatenanti disabilità psico-fisica. Il target dell'utenza si sta gradualmente modificando, tanto che alle già note situazioni di handicap di natura congenita, si affiancano condizioni invalidanti da trauma o da esiti di dipendenze patologiche, con sintomatologie psichiche e fisiche insieme.

La modalità interdisciplinare adottata attraverso l'UVM ha consentito e consente il concorso di risorse nella valutazione e nella risposta al cittadino, mettendo in campo risorse dell'utente, del Fondo regionale per la non autosufficienza, del Servizio Sanitario. Si è consolidata e riconosciuta 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 dell'ASP e dell'AUSL (Punto Unico Distrettuale, Unità Operativa Medicina Riabilitativa e Unità Operativa Psichiatria territoriale Adulti e Unità Operativa Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'Adolescenza) hanno costituito la premessa per un approccio sempre più integrato tra sociale e sanitario e tra servizi e famiglie, gettando le basi anche per la costruzione di un budget integrato disabili come obiettivo prefigurabile per il futuro.

Nel campo dell'aiuto e dell'assistenza ai disabili si è mantenuta la risposta al bisogno lungo quattro direzioni principali, che implicitamente contengono livelli crescenti di complessità e onerosità economica:

-l'integrazione sociale

Le esigenze di integrazione sociale hanno comportato per i più giovani, in uscita dai percorsi scolastico-formativi, la predisposizione di interventi a forte valenza socio-educativa, orientati a introdurli verso forme di occupazione più o meno protette o, per poche situazioni di particolare gravità, verso l'inserimento in centri a carattere semiresidenziale. L'opera socio-educativa, svolta da educatori professionali, non ha riguardato comunque solo i progetti personalizzati, ma ha assunto (e dovrà sempre più agirlo in futuro) una funzione di ricerca, sensibilizzazione e interazione con il mondo delle imprese e della società civile. In questo quadro si è inserita per la prima volta l'iniziativa voluta da ASP, in collaborazione con altri, di riconoscere le imprese e le organizzazioni attive nel promuovere forme di inserimento lavorativo o di tirocinio, contestualmente alla giornata dei diritti dei disabili del 3 dicembre.

La transizione al lavoro si conferma essere una domanda con trend crescente (115 disabili in tirocinio e borsa lavoro), accomunando la condizione delle persone con disabilità certificata e le persone che per ragioni diverse (fragilità personali, contingenze economiche, deprivazioni affettive) sono classificate nel cosiddetto "svantaggio sociale".

In questo settore fondamentale è stato l'apporto fornito dalle cooperative sociali di tipo B, 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.

In collaborazione con i Comuni del NCI, ASP ha organizzato il 3 dicembre 2011 una giornata di Promozione "INSIEME PER UN MONDO MIGLIORE", con l'Adesione di: Agire per Reagire, Anteas, Auser, Cuberdon, ElleUno, Giovani Rilegatori, Germoglio, Gruppo Amici Insieme, Imola contro Autismo, I Quattro Castelli, La Giostra, Seacoop, Sol.Co Imola, Unione Italiana Ciechi e Ipovedenti, Unione Nazionale Italiana Volontari pro ciechi e della AUSL di Imola.

-il sostegno alla domiciliarità

Il sostegno alla domiciliarità comprende una pluralità di interventi e servizi che vanno dall'assistenza tutelare alla fornitura dei pasti, all'assegno di cura, ai trasporti sociali.

Mentre è costante l'erogazione degli assegni di cura in alternativa all'assistenza domiciliare, (27 utenti ne hanno usufruito), l'assistenza domiciliare e la fornitura dei pasti appaiono servizi particolarmente richiesti e apprezzati dall'utenza adulta tanto da registrare un lieve incremento di numero utenti e di prestazioni.

In alternativa all'assistenza domiciliare, 27 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 | 139 | 1 | 0 | 0 |
| Casalfiumanese | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Castel del Rio | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Castel Guelfo | 289 | 3 | 40 | 1 |
| Castel S. Pietro Terme | 2.327 | 15 | 3.239 | 8 |
| Dozza | 91 | 1 | 450 | 1 |
| Fontanelice | 337 | 3 | 730 | 1 |
| Imola | 7.236 | 58 | 13.780 | 39 |
| Medicina | 1.086 | 13 | 1.159 | 5 |
| Mordano | 811 | 4 | 369 | 2 |
| Totale | 12.316 | 98 | 19.767 | 57 |

Complessivamente il numero di utenti è aumentato per entrambi i servizi nei due anni osservati, rispettivamente nel 2010 gli utenti SAD erano 93 e gli utenti pasti 55.

-la semi residenzialità

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 Occupazionali con un esito di 77 inserimenti

effettuati. Si ricorda che i Centri sono Tartaruga, Cuberdon, Labor, Quattro Castelli, Zabina, Giovani Rilegatori.

Tab. 17 – N.utenti disabili che frequentano i centri socio-occupazionali

| | giovani rilegatori | quattro castelli | la tartaruga | zabina | labor |
|---------------------------------------|--------------------|------------------|--------------|--------|-------|
| N° complessivo utenti iscritti | 12 | 8 | 29 | 17 | 14 |
| N° complessivo dei giorni di presenza | 1371 | 1057 | 4577 | 1931 | 920 |

Per quanto riguarda i centri diurni accreditati, è indicata in dettaglio la gravità degli utenti. Una conseguenza importante del processo di accreditamento è stata l'attivazione di modifiche organizzative e gestionali dei Centri per favorire l'aumento di occupazione media.

Tab. 18 – N.utenti disabili che frequentano i centri diurni accreditati

| GRAVITA' | CASA AZZURRA | | ALI BLU | |
|-----------|--------------|-------------|---------|-------------|
| | GG | UTENTI MEDI | GG | UTENTI MEDI |
| Livello A | 429 | 2 | 470 | 2 |
| Livello B | 1223 | 6 | 235 | 1 |
| Livello C | 1995 | 9 | 705 | 3 |
| Livello D | 1073 | 5 | 470 | 2 |
| Livello E | | | 235 | 1 |

-la residenzialità

L'inserimento dei pazienti disabili gravi in residenza ha riguardato 67 persone per tutto l'anno o per parte di esso. Di questi 16 disabili gravi sono stati ricoverati nel Centro socio riabilitativo residenziale Don Leo Commissari, 6 sono ospitati presso il Gruppo Appartamento "Il sogno" di Imola, gestita da ASP attraverso una famiglia tutor dell'Associazione San Giacomo, 28 sono in strutture del territorio imolese e 17 risiedono in strutture extra territoriali.

Tab. 19 – N.utenti disabili che risiedono in strutture

| Istituto | N. | % |
|--------------------------------|----|----|
| DON LEO COMMISSARI | 16 | 24 |
| IL SOGNO | 6 | 9 |
| ALTRE STRUTTURE NEL NCI | 28 | 42 |
| ALTRE STRUTTURE ESTERNE AL NCI | 17 | 25 |
| TOTALE | 67 | |

Le relazioni attivate con tanti soggetti gestori in regime di convenzione 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.

2.6 Anziani

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.

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

Tab. 20 – N. anziani beneficiari di assegno di cura e relativi importi

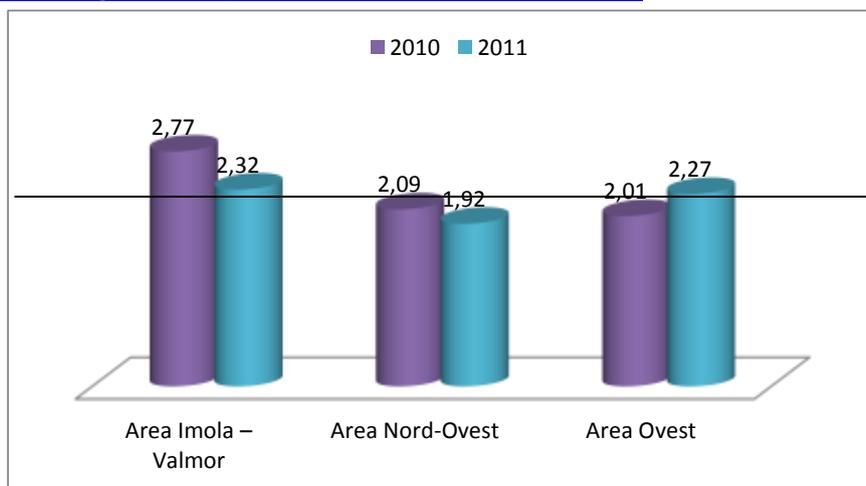
| Anno 2011 | N° complessivo beneficiari assegni di cura | Importo | Tot. contratti di contributo assistenti familiari | Importo |
|---------------------|--|------------|---|---------|
| Area Imola – Valmor | 445 | 878.873 | 91 | 126.963 |
| Area Nord-Ovest | 113 | 220.195 | 26 | 39.997 |
| Area Ovest | 96 | 174.811 | 16 | 20.089 |
| Totale 2011 | 654 | 1.273.878* | 133 | 187.049 |

*al netto recupero

| | | | | |
|-------------|-----|-----------|-----|---------|
| Totale 2010 | 739 | 1.644.114 | 142 | 185.068 |
| Totale 2009 | 843 | 1.678.139 | 123 | 156.287 |

La diminuzione del numero complessivo di beneficiari nell'anno 2011, rispetto all'anno precedente, 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.

Graf. 4 – N. contratti assegni di cura per 100 anziani >65enni 2010 e 2011



In secondo luogo, nel 2010 si era rilevata una situazione di disparità fra territori riguardo al numero di assegni di cura per abitante. Nel grafico la proporzione è riferita alla popolazione ultra 65 anni. Il territorio

imolese aveva utilizzato l'assegno di cura più che negli altri territori, pertanto ci si è adoperati per ridurre i tempi di attesa nel territorio Ovest e riequilibrare i rapporti. Nel territorio Nord-Ovest non c'è stata lista di attesa, pertanto non si sono realizzate azioni di riequilibrio.

Inoltre è stato curato con tempestività il recupero delle quote non più dovute per gli utenti che hanno ricevuto nel frattempo l'assegno di accompagnamento (€ 70.247 nel 2011).

Infine, nell'autunno la Regione ha anticipato la sua intenzione di rivedere le regole per la concessione dell'assegno e per la sua valorizzazione economica, e ha invitato i Distretti e gli Uffici di piano a porre i rinnovi e i nuovi contratti a scadenza ravvicinata, ragion per cui molte attivazioni sono state rallentate.

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 non presenta variazioni economiche nel 2011.

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 (11 ospiti) e gli appartamenti protetti di Medicina (che ospitano 17 anziani e 7 disabili).

- 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.

Tab. 21 – N. utenti e ore di servizio di assistenza a domicilio per anziani 2011

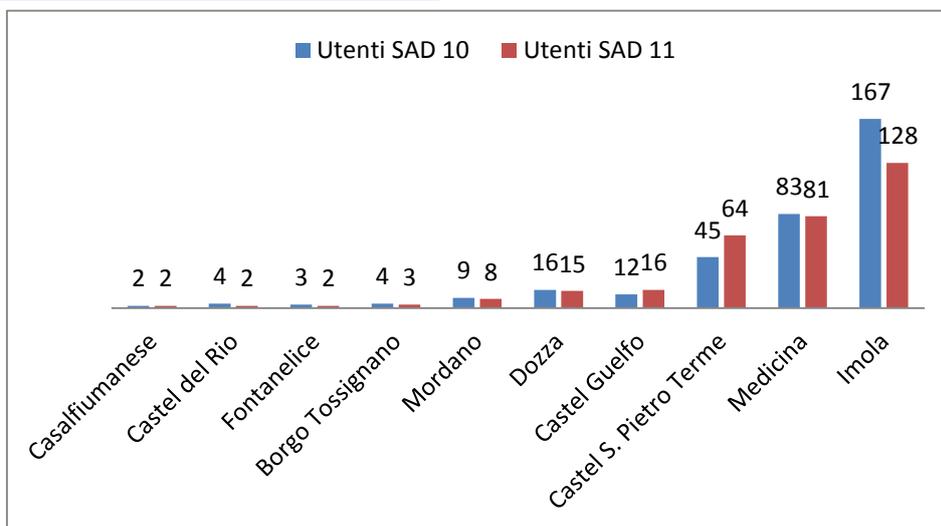
| | Ore SAD | Utenti SAD | Tot. pasti | Utenti Pasti |
|------------------------|---------------|------------|---------------|--------------|
| Borgo Tossignano | 299 | 3 | 1.281 | 8 |
| Casalfiumanese | 116 | 2 | 0 | 0 |
| Castel del Rio | 124 | 2 | 0 | 0 |
| Castel Guelfo | 1.044 | 16 | 538 | 3 |
| Castel S. Pietro Terme | 5.514 | 64 | 8.190 | 34 |
| Dozza | 2.534 | 15 | 1.436 | 5 |
| Fontanelice | 89 | 2 | 105 | 2 |
| Imola | 23.418 | 128 | 31.088 | 105 |
| Medicina | 5.570 | 81 | 5.056 | 20 |
| Mordano | 2.406 | 8 | 1.605 | 5 |
| Totale 2011 | 41.113 | 321 | 49.299 | 182 |
| Totale 2010 | 67.237 | 345 | 65.525 | 246 |

A) Servizio Assistenza Domiciliare

Per quanto riguarda il Servizio di Assistenza Domiciliare, passato in accreditamento nel 2011, 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. In questo senso, l'accesso al servizio, rimasto di competenza del Servizio sociale territoriale, è stato favorito e consigliato e autorizzato in tutti i casi in cui l'anziano ne avesse presentato domanda, ma il numero complessivo di utenti è diminuito.

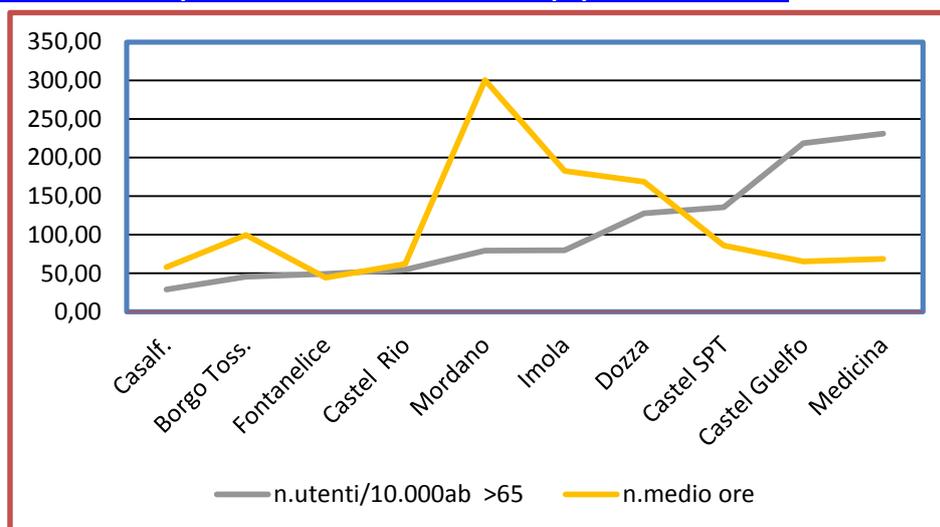
Si è passati dai 336 utenti del 2010 ai 321 del 2011, con una riduzione spiccata per gli utenti del Comune di Imola.

Grafico 5 – numero utenti SAD 2010 e 2011



La copertura assistenziale della popolazione si è attestata su 109,5 utenti su 10.000 abitanti anziani con una media di 128 ore per utente.

Grafico 6 – % di copertura assistenziale SAD della popolazione anziana



I dati sono presentati per ciascun comune nel grafico sottostante che evidenzia come l'area Nord Ovest rimanga quella in cui vengono intercettati il maggior numero di utenti, anche se con prese in carico contenute come ore per assistito (68 ore medie di assistenza anno). Si conferma il basso numero di utenti per il servizio domiciliare dei Comuni di Vallata. Si rileva che gli utenti di Mordano nel 2011 hanno ricevuto una assistenza particolarmente intensa per la gravità dei casi stessi.

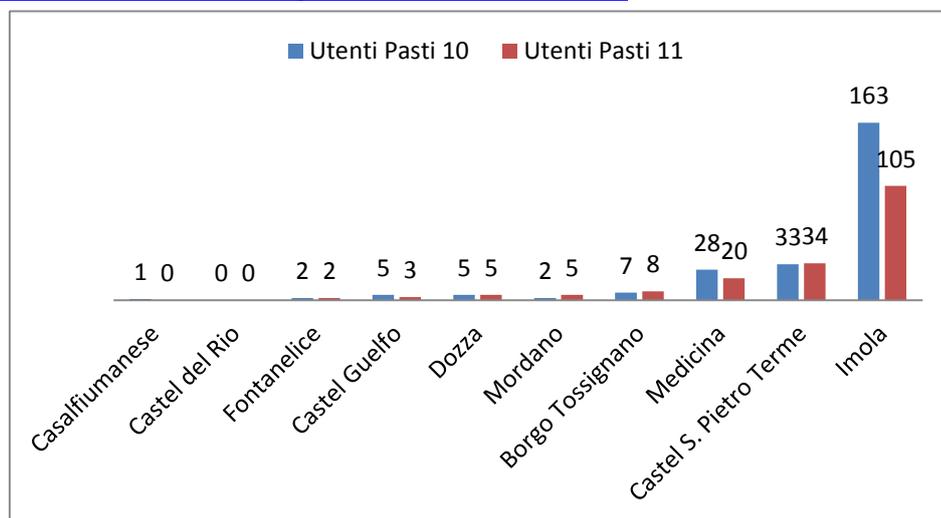
B) Pasti a domicilio

Riguardo 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.

Nel 2011 si è registrata una diminuzione del numero di utenti anziani nei Comuni di Imola e Castel S. Pietro Terme.

Grafico 7 – numero utenti pasti a domicilio 2010 e 2011



C) Telesoccorso

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. Nel 2011 il servizio si è mantenuto stabile.

Indagine sulla soddisfazione degli utenti dei servizi domiciliari

Nella primavera del 2011 è stata condotta un'indagine sulla soddisfazione del servizio dalle Organizzazioni sociali che partecipano al Comitato di Vigilanza. L'indagine è stata mirata agli utenti del servizio di assistenza domiciliare e consegna pasti a domicilio.

Tab. 22 – N. questionari distribuiti e riconsegnati

| Area | Questionari | | |
|---------------------------|-------------|--------------|------|
| | distribuiti | riconsegnati | % |
| Imola - Vallata - Mordano | 168 | 130 | 77,4 |
| Medicina - Castel Guelfo | 84 | 80 | 95,2 |
| Castel San Pietro - Dozza | 66 | 57 | 86,4 |
| Totale | 318 | 267 | 84 |

Si può notare come l'adesione all'indagine sia stata molto elevata.

Per la somministrazione del questionario si è scelto di coinvolgere direttamente gli operatori del Servizio di Assistenza Domiciliare, grazie alla collaborazione fornita dalle Cooperative Sociali Comunità Solidale ed ELLEUNO che gestiscono il Servizio. Gli operatori hanno consegnato a casa degli utenti il questionario con una lettera di presentazione dell'iniziativa.

Successivamente hanno provveduto al loro ritiro, dopo che le Associazioni di Volontariato avevano provveduto a telefonare agli utenti od ai loro familiari per sollecitare la compilazione del questionario, spiegandone le finalità.

Nel merito dei campi indagati, si precisa che il questionario è stato elaborato congiuntamente dai componenti del Comitato e che indaga su tre dimensioni della qualità: la qualità del personale, la qualità del servizio domiciliare e la qualità del servizio pasti. Alle domande, ovviamente, gli utenti hanno risposto se stavano utilizzando il servizio. Ne emerge un alto livello di soddisfazione (risposte sì e abbastanza), con punte di eccellenza rispetto alla qualità del personale che interviene a domicilio.

Tab. 23 – Livello di soddisfazione rilevato

| | sì | abbastanza | poco | no | livello di soddisfazione | mancata risposta |
|--|-----|------------|------|----|--------------------------|------------------|
| PERSONALE ASSISTENZA | | | | | | |
| è al corrente delle sue necessità | 177 | 44 | 9 | 2 | 0,95 | 35 |
| svolge bene il proprio lavoro | 173 | 55 | 5 | 1 | 0,97 | 33 |
| è riservato e rispettoso | 196 | 39 | 1 | 0 | 1,00 | 31 |
| è cortese e disponibile | 189 | 41 | 0 | 0 | 1,00 | 37 |
| c'è comunicazione | 174 | 42 | 12 | 1 | 0,94 | 38 |
| rispetta l'igiene | 195 | 24 | 3 | 2 | 0,98 | 43 |
| facilmente riconoscibile X divisa | 197 | 18 | 12 | 9 | 0,91 | 31 |
| rispetta gli orari prestabiliti | 112 | 92 | 17 | 10 | 0,88 | 36 |
| SERVIZIO DOMICILIARE | | | | | | |
| è stato semplice ottenerlo | 142 | 58 | 5 | 8 | 0,94 | 54 |
| corrisponde alle sue necessità | 169 | 36 | 5 | 1 | 0,97 | 56 |
| orari sono compatibili con le sue necessità | 137 | 60 | 12 | 9 | 0,90 | 49 |
| è in grado di rispondere alle nuove esigenze anche non programmate | 103 | 57 | 19 | 14 | 0,83 | 74 |
| orari e modalità del servizio sono flessibili | 112 | 64 | 14 | 13 | 0,87 | 64 |
| comunicazione con l'AS è efficace | 133 | 53 | 14 | 10 | 0,89 | 57 |
| SERVIZIO PASTI | | | | | | |
| è possibile scegliere il menù | 88 | 9 | 6 | 14 | 0,83 | 150 |
| il cibo è buono e appetitoso rispettando le diete | 56 | 43 | 16 | 3 | 0,84 | 149 |
| menù è diversificato | 76 | 24 | 14 | 4 | 0,85 | 149 |

2.7 Servizi Accreditati per Anziani

-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. L'attività relazionata è riferita al Centro Diurno di Imola accreditato ad ASP e al Centro Amarcord. Quest'ultimo ha avuto un maggior numero di utenti nel 2011, e ha registrato un'occupazione media conforme ai valori attesi.

Tab. 24 – attività del Centri Diurno di Imola e del Centro Amarcord

| | Centro Diurno | | Centro Amarcord | |
|-----------------------|---------------|------|-----------------|------|
| | 2011 | 2010 | 2011 | 2010 |
| Ospiti in carico | 42 | 41 | 50 | 47 |
| Nuovi ingressi | 21 | 21 | 16 | 13 |
| Giorni di presenza | 5664 | 5468 | 4039 | 4331 |
| Indice di occupazione | 0,87 | 0,83 | 0,84 | 0,90 |

- 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 2011 è stato realizzato il cambio di gestore per l'accreditamento. Una situazione riepilogativa dell'anno su tutti i posti letto è presentata nella tabella seguente.

Tab. 25 –Posti letto accreditati e posti letto autorizzati Casa Residenza Anziani

| STRUTTURE RESIDENZIALI | Posti Accreditati NCI | Posti Autorizzati NCI |
|--------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| <u>CRA Imola</u> | 138 | 144 |
| <u>CRA Villa Armonia</u> | 27 | 38 |
| <u>CRA Castel San Pietro Terme</u> | 76 | 82 |
| <u>CRA di Medicina</u> | 48 | 57 |
| <u>CRA Dozza</u> | 16 | 25 |
| <u>CRA Tossignano</u> | 43 | 43 |
| <u>CRA Fontanelice</u> | 30 | 30 |
| <u>CRA di Medicina (RSA)</u> | 15 | 40 |
| <u>CRA "Fiorella Baroncini"(RSA)</u> | 70 | 70 |
| <u>CRA Casa Tozzoli Imola</u> | 44 | 44 |
| T O T A L E PER DISTRETTO | 507 | 573 |

La richiesta di residenzialità per anziani, nonostante la consistenza dell'offerta pubblica accreditata, fa sì che siano occupati anche i posti letto autorizzati presenti nelle strutture accreditate pur avendo una retta più elevata. Di fatto questi posti sono utilizzati per lo più transitoriamente in attesa che si liberi un posto accreditato.

L'occupazione media è molto alta nei posti accreditati. Dai dati della AUSL risulta che nel 2011 complessivamente su questa rete di strutture che beneficia del contributo del FRNA sono entrati 246 ospiti e usciti 267 (di cui 39 per dimissione e 228 per decesso).

Per il 2011 ci si è concentrati sulla rendicontazione delle strutture ASP.

Le strutture accreditate ad ASP sono: Casa Residenza Anziani Cassiano Tozzoli, Casa Residenza Anziani Fiorella Baroncini e Casa Residenza Anziani di Medicina. ASP per effetto dell'accreditamento ha quindi in gestione 171 posti letto nel 2011, di cui 9 posti non accreditati nella CRA di Medicina. All'interno dei posti convenzionati sono compresi 7 posti che accolgono temporaneamente pazienti anziani in dimissione ospedaliera.

- Gli ospiti

La gravità degli ospiti è espressa dalla classificazione per tipologia di non autosufficienza e sinteticamente dalla BINA. La classificazione degli ospiti è così espressa:

A anziani che presentano disturbi del comportamento uniti a disorientamento nel tempo e nello spazio.

B anziani che presentano un elevato bisogno sanitario.

C anziani che presentano un severo grado di disabilità.

D anziani che presentano lieve grado di disabilità

Tab. 26 – Classificazione ospiti 2011 e 2010

| | CRA FIORELLA BARONCINI BINA MEDIA 678 | | CRA CASSIANO TOZZOLI BINA MEDIA 652 | | CRA MEDICINA BINA MEDIA 640 | |
|---|--|------|--|------|--|------|
| | 2011 | 2010 | 2011 | 2010 | 2011 | 2010 |
| A | 20 | 12 | 21 | 20 | 4 | 5 |
| B | 21 | 21 | 5 | 4 | 7 | 6 |
| C | 19 | 26 | 17 | 18 | 37 | 35 |
| D | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 |

L'indice di rotazione risulta aumentato in C.R.A. Cassiano Tozzoli e in C.R.A. Medicina, mentre è diminuito in C.R.A. Fiorella Baroncini. Per quanto riguarda C.R.A. Cassiano Tozzoli, l'aumento dell'indice di rotazione è in linea con il progetto della struttura, che prevede l'accoglienza, anche temporanea, di anziani affetti da disturbi cognitivi e comportamentali.



In C. R. A. Fiorella Baroncini, la diminuzione dell'indice di rotazione rispecchia la scelta di inserire in struttura ospiti meno complessi da un punto di vista sanitario, in conformità con le indicazioni regionali di trasformare le R.S.A. in C.R.A. L'aumento dell'indice di rotazione ospiti temporanei in C.R.A. Fiorella Baroncini, invece è dato dalle modifiche apportate al regolamento dei ricoveri temporanei, che prevede di ospitare in struttura pazienti in trattamento riabilitativo e convalescenziario provenienti dall'ospedale, anche per periodi inferiori a 30 giorni. A Medicina l'aumento è dato principalmente dalla gravità delle condizioni di salute degli ospiti accolti nel 2011. Conseguentemente al peggioramento clinico degli ospiti sono aumentate anche le giornate di ricoveri ospedalieri.

Tab. 27 – N. ospiti e presenze in casa residenza anziani

| dato al 31.12.2011 | CRA CASSIANO TOZZOLI | CRA FIORELLA BARONCINI | CRA MEDICINA |
|----------------------------------|----------------------|------------------------|--------------|
| ospiti residenti | 57 | 90 | 89 |
| n° nuovi ingressi | 13 | 27 | 33 |
| indice di rotazione residenti | 1,3 | 1,43 | 1,56 |
| gg di presenza totali su posti | 15.796 | 22.596 | 20.154 |
| n° giornate ricoveri ospedalieri | 245 | 342 | 489 |
| n° ospiti temporanei | | 117 | |
| indice di rotazione temporanei | | 16,71 | |

- Il personale

La qualità dell'assistenza è garantita dalla presenza di personale qualificato, dal contenimento del turn over del personale stesso e dal numero di ore complessivamente erogate. Il personale delle strutture, è inserito in un programma di formazione permanente organizzato in collaborazione con l'azienda USL e orientato alla soddisfazione dei bisogni dell'utenza. Nel 2011, in tutte le strutture gestite dall'A.S.P. sono state erogate un numero di ore O.S.S. più elevato rispetto agli standard fissati dalla regione. Per effetto dell'accreditamento sono diminuite le ore di sostituzione O.S.S. con operatori di agenzia interinale. Il personale che operava in strutture non gestite direttamente dall' A.S.P. infatti, è stato trasferito nelle strutture A.S.P. di Imola. Nella C.R.A. di Medicina, invece, le ore di sostituzione O.S.S. sono aumentate a causa di un licenziamento e un pensionamento avvenuti in corso d'anno.

Nell'anno 2011 si è proceduto all'assunzione di personale infermieristico in tutte le strutture accreditate A.S.P. per un totale di 12 unità. L'assunzione è avvenuta tramite graduatoria del concorso pubblico indetto

dall' A.S.P. nel 2010. Le restanti ore infermieristiche, previste dai contratti di servizio, sono state erogate da infermieri non dipendenti.



La trasformazione delle R.S.A. in C.R.A., ha comportato la riduzione delle ore infermieristiche e la riorganizzazione di tale servizio, nella struttura Fiorella Baroncini. Nel secondo semestre, sempre in Fiorella Baroncini, il servizio medico, garantito precedentemente da un medico con contratto A.S.P., è stato affidato a due medici di medicina generale, tramite bando pubblico.

Tab. 28 – N. ore di assistenza OSS in casa residenza anziani

| PL DEFINITIVI 44 | dato al 31.12.2010 | dato al 31.12.2011 |
|---|--------------------|--------------------|
| CRA CASSIANO TOZZOLI | ORE | ORE |
| n° ore sostituzione Oss | 7.054 | 4.398 |
| n° ore complessive erogate | 32.001 | 31.901 |
| n° ore standard | 29.346 | 29.302 |
| indice di servizi aggiuntivi (ore erogate/ore standard) | 109,05 | 108,87 |
| n° ore sostituzione I.P. | 4.725 | 1.718 |
| n° ore erogate | 5.255 | 5.318 |
| n° ore standard | 5.681 | 5.555 |

| PL DEF 63 + TEM 7 | dato al 31.12.2010 | dato al 31.12.2011 |
|---|--------------------|--------------------|
| CRA FIORELLA BARONCINI | ORE | ORE |
| n° ore sostituzione Oss | 5.872 | 5.663 |
| n° ore complessive erogate | 53.536 | 51.653 |
| n° ore standard | 48.656 | 47.517 |
| indice di servizi aggiuntivi (ore erogate/ore standard) | 110,03 | 108,70 |
| n° ore sostituzione I.P. | 16.382 | 5.583 |
| n° ore erogate | 17.523 | 15.722 |
| n° ore standard | 18.065 | 15.287 |

| PL DEFINITIVI 57 | dato al 31.12.2010 | dato al 31.12.2011 |
|---|--------------------|--------------------|
| CRA MEDICINA | ORE | ORE |
| n° ore sostituzione Oss | 2.194 | 3.078 |
| n° ore complessive erogate | 35.422 | 34.964 |
| n° ore standard | 33.402 | 34.047 |
| indice di servizi aggiuntivi (ore erogate/ore standard) | 106,05 | 102,69 |
| n° ore sostituzione I.P. | 6.530 | 3.681 |
| n° ore erogate | 6.680 | 6.689 |
| n° ore standard | 6.816 | 6.816 |

- Indicatori di qualità

Nel 2011 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".

I dati riferiti agli item 3, 4, 5 si riferiscono esclusivamente alla giornata di effettuazione dell'audit.

Per quanto riguarda il dato riguardante i PAI, anche se la tabella non lo evidenzia, spesso i tempi di aggiornamento sono inferiori ai 6 mesi in tutte le strutture.

Il dato riferito ai bagni va analizzato tenendo conto della diversa tipologia di ospiti. In alcuni casi infatti, le problematiche sanitarie rendono difficile l'intervento settimanale del bagno che viene sostituito con spugnature al letto.

I tempi di valutazione delle contenzioni si riferiscono alla programmazione della verifica complessiva. In ogni struttura, c'è comunque da parte dell'equipe assistenziale, un monitoraggio continuo dell'ottimizzazione dell'utilizzo delle contenzioni che vengono adottata esclusivamente dopo attenta valutazione e di norma hanno carattere di temporaneità.

Tab. 29 – Indicatori di qualità: esiti audit dell'ausl 2011

| | | standard | CRA Alzheimer | CRA ex RSA Imola | CRA Medicina |
|----------|--|---------------------|----------------------|-------------------------|---------------------|
| 1 | % PAI almeno semestrali su un campione di PAI | <i><= 6 mesi</i> | 100% | 100% | 100% |
| 2 | % dei bagni mensili | <i>3</i> | | 55% | |
| | | <i>=> 4</i> | 97,5% | 45% | 100% |
| 3 | personale assente non sostituito | | 1 operatore | 1 operatore | 0 |
| 4 | % degli ospiti alzati sul numero complessivo degli stessi nell'arco del turno | | 98% | 94% | 88% |
| 5 | % degli ospiti a letto con purga rispetto al numero complessivo degli ospiti nell'arco del turno | | 11% | 5% | 5% |
| 6 | Tempi di valutazione delle contenzioni | | 5 mesi con PAI | 5-6 mesi | 3 mesi |
| | Data dell'effettuazione dell'audit | | 19.08.11 | 17.08.11 | 23.08.11 |

L'ASP con la Carta della Qualità del Servizio Ristorazione si è posto l'obiettivo di migliorare la qualità del servizio offerto prevedendo variazioni al menù sulla base di preferenze individuali o di prescrizioni dietetiche e garantendo un monitoraggio e controllo della qualità anche attraverso il Comitato mensa reso operativo nel corso del 2011. Il servizio di pulizia e sanificazione ambientale è gestito da un'azienda esterna specializzata. Le prestazioni vengono erogate tutti i giorni della settimana, festivi compresi; il dettaglio delle cadenze temporali degli interventi dei singoli locali è parametrato su specifici standard di servizio.

Nell'anno 2011 le strutture accreditate ASP hanno dedicato un momento di formazione al corretto utilizzo dei presidi per incontinenza. L'esito della formazione, oltre a garantire un maggior confort agli ospiti, ha permesso un contenimento della spesa al riguardo.



Regolarmente nelle strutture ASP vengono organizzati incontri con i parenti degli ospiti per verificare l'andamento generale della struttura e raccogliere proposte e suggerimenti relativi all'organizzazione. In Casa Cassiano Tozzoli vengono proposti anche incontri a tema con i familiari. Gli argomenti trattati riguardano in particolare l'utilizzo delle terapie non farmacologiche e l'approccio assistenziale adeguato al malato di Alzheimer.

Parte III: Rendicontazione delle risorse disponibili utilizzate

L'anno 2011 ha registrato una continua attenzione al tema del controllo della spesa. Le azioni messe in atto sono state in larga misura legate alle modifiche connesse all'accreditamento, ma anche al raggiungimento di accordi con le parti sociali, che hanno prodotto modificazioni importanti nelle spese per integrazioni rette.

Con l'accreditamento a soggetti terzi, nel bilancio dell'Asp sono venuti meno i ricavi sia da rette utenti che da rimborsi di oneri sanitari, che i costi per gli appalti dei servizi che sono passati alla gestione diretta delle Cooperative sociali. Sono transitate alla loro gestione le Case Residenza Anziani di: via Venturini di Imola, Borgo Tossignano, Fontanelice, Dozza e Castel S.Pietro Terme, i Centri Diurni per anziani di Medicina e Castel S.Pietro Terme, la residenza per disabili Don Leo Commissari di Imola, i Centri Diurni per disabili di Imola e Castel S.Pietro Terme, il Servizio di Assistenza Domiciliare per anziani e disabili.

A seguito dell'accreditamento, sono state ricollocate nei servizi di ASP diverse unità di personale dipendente (operatori socio-sanitari, responsabili attività assistenziale, animatori, ..) che prestavano servizio presso altre Strutture accreditate. Complessivamente questo ha portato a un minor consumo di risorse per sostituzioni attraverso personale interinale nelle strutture, che rimane comunque un importante fattore di spesa attraverso alcuni interventi di riorganizzazione dell'attività dell'ASP. Il passaggio degli standard di assistenza da RSA a Casa Residenza Anziani è stato condotto in maniera graduale in stretta collaborazione con la AUSL. Le principali modificazioni riguardano la presenza medica, il numero di infermieri e la modificazione del turno notturno di OSS, realizzata verso fine anno per migliorare l'efficienza della struttura .

Va segnalata, infine, la riorganizzazione dell'area amministrativa e tecnica che è stata conseguente alla trasformazione di alcune attività che sono cessate alla conclusione della gestione diretta delle strutture. Il sistema di retribuzione variabile definito attraverso l'accordo integrativo annuale è stato utilizzato per migliorare il livello di servizio in tutte le aree di attività coperte da ASP.

E' stato fatto un complesso lavoro di revisione delle procedure e dei sistemi di raccolta dati, che ha condotto alla formulazione del Bilancio Sociale e delle Schede Budget con maggiore ricchezza di dati rispetto al passato.

Sul versante della sicurezza, si segnala la realizzazione della formazione di base sui rischi da lavoro rivolto a tutto il personale.

3.1. Risorse economico finanziarie per i servizi sociali

Premesso che ASP è una Azienda circondariale e il bilancio è unico, pertanto non è formulato per Comune, su richiesta dell'Assemblea dei Soci sono state determinate a scopo speculativo nella seduta del 7.12.11 le quote di finanziamento dei Soci attribuibili separatamente ai servizi sociali e ai servizi accreditati.

La predisposizione degli indicatori economici proposta dalla Regione sarà oggetto di un successivo approfondimento.

Per il Bilancio Sociale siamo riusciti a produrre un'analisi della spesa dei servizi sociali che illustriamo di seguito, dettagliando alcuni aspetti rispetto al finanziamento dei Comuni, alla composizione della spesa sociale e alla prevalenza delle principali prestazioni. Si tratta di dati stimati sulla base dei costi sostenuti nell'anno 2011 e utilizzati per scopi previsionali nel 2012.

L'analisi della spesa dei servizi accreditati è in corso e sarà presentata nel Bilancio Sociale del 2012.

- FATTORI CHE COMPONGONO LA SPESA SOCIALE

Si è analizzata la composizione reale della spesa per target di utenza, per le seguenti categorie utilizzando i dati della contabilità analitica.

1. servizio sociale (assistenti sociali, educatori, psicologi), sono spese imputate alla tipologia di utenza secondo l'impiego prevalente delle singole unità;
2. altri servizi, sono le spese riferite alle prestazioni sociali erogate direttamente da ASP;
3. prestazioni sociali erogate in convenzione, sono esclusi i servizi accreditati;
4. integrazione economica, fatti salvi gli assegni di cura per anziani;
5. spese generali, sono distribuite in maniera proporzionale al grado di assorbimento per target di utenza.

TAB.30 - SPESA ASP PER TARGET DI UTENZA E PRINCIPALI CATEGORIE DI SPESA

| ATTIVITA' | A. | B. | C. | D. | E. | TOTALE |
|-----------|------------------|------------------------------|--|--------------------------------|----------------|--------------|
| | SERVIZIO SOCIALE | ALTRI SERVIZI EROGATI DA ASP | SERVIZI EROGATI IN CONVENZIONE CON STRUTTURE ESTERNE | RETTE E INTEGRAZIONE ECONOMICA | COSTI GENERALI | |
| MINORI | € 1.050.000 | € 475.105 | € 1.553.221 | € 711.272 | € 319.786 | € 4.109.384 |
| ADULTI | € 277.500 | € 614.008 | € 1.214.129 | € 401.871 | € 221.592 | € 2.729.100 |
| ANZIANI | € 522.500 | € 505.271 | € 134.450 | € 1.495.260 | € 599.087 | € 3.256.568 |
| TOTALE | € 1.850.000 | € 1.594.384 | € 2.901.800 | € 2.608.403 | € 1.140.465 | € 10.095.052 |

Il dettaglio delle voci che compongono la singola tipologia di spesa è descritto di seguito.

- A. In primo luogo nella spesa per personale, è stata calcolata la spesa per il personale sociale e educativo, oltre alla spesa per gli psicologi che è rimborsata da AUSL, ma non la spesa per il personale di sportello che è stato imputato ai costi (B) per i servizi erogati da ASP.
- B. Nei servizi di ASP sono quindi computati i costi per il personale di Sportello Sociale che gestisce l'accesso ai servizi di ASP nelle sedi principali di Imola, Medicina e Castello e i servizi per i cittadini stranieri (sportelli, corsi, mediazione). Per l'area dei minori sono stati calcolati i costi per la gestione dei Centri giovanili, degli Interventi nelle scuole, per il PRIS. Per l'area degli adulti sono comprese le spese dirette per i servizi per i disabili (al netto delle convenzioni per tirocini socio educativi). Per l'area degli anziani sono stati considerati i costi per il Condominio solidale, il Centro A'marcord, il servizio di Telesoccorso, alcuni servizi di pubblica utilità, etc.
- C. Nella parte di servizi in convenzione sono compresi i rimborsi per le rette delle strutture dei Minori, ai Disabili e agli Anziani che sono convenzionate con ASP. La gran parte della spesa è legata al sostegno della quota parte di retta a carico dell'utente che è ricoverato in strutture esterne per Disabili, oppure utilizza i Centri Socio-Occupazionali e i Centri Diurni accreditati, ed è limitato al rimborso di spese vive, come ad esempio i pasti.
- D. Infine, i contributi economici agli utenti sociali comprendono nell'area dei minori i contributi economici per le famiglie e i contributi economici per minori in affidamento. Per l'area di adulti e anziani comprendono l'erogazione dello spillatico agli utenti residenziali, i contributi per i soggiorni climatici e scolastici di utenti disabili, le borse lavoro, i buoni trasporto. A queste forme di contribuzione si somma l'integrazione retta per tutti gli utenti dei servizi accreditati domiciliari, diurni e residenziali per anziani che non hanno le condizioni economiche per coprire i costi dei servizi.
- E. I costi generali sono attribuibili alla quota parte di personale e di servizi amministrativi che consentono la gestione delle attività, ripartiti in percentuale fra servizi sociali e servizi accreditati. Comprendono i costi delle sedi, i costi dei mezzi, del sistema assicurativo, delle consulenze legali.

In sintesi, il finanziamento dei servizi sociali di ASP è indirizzato a erogare molte tipologie di prestazioni sociali.

- PRINCIPALI SERVIZI EROGATI DA ASP

Ai fini della presente analisi si sono selezionate dieci fra le principali prestazioni sociali, rilevate da ASP per lo più utilizzando flussi informativi propri, i cui costi sono direttamente imputabili a fattori produttivi specifici, che ricadono cioè nelle classi sopra descritte relative all'acquisto di servizi e all'integrazione economica.

I costi sono rilevati al lordo delle entrate, sono quindi costi pieni; assommano a € 4.660.233, pari a circa l'84,6 della spesa di ASP per i servizi non erogati direttamente da ASP e per gli interventi di integrazione economica.

Di seguito si dettagliano le prestazioni che li originano per target di utente (minori, disabili e anziani) e la distribuzione della casistica per comune di residenza.

TAB.31 –UTENTI PER COMUNE E PER PRESTAZIONE SOCIALE 2011 MINORI

| MINORI | IMOLA | CRIO | CASALE | FONTANA | BORGO | MORDANO | CASTELLO | DOZZA | MEDICINA | CASTELG. |
|----------------------|-------|------|--------|---------|-------|---------|----------|-------|----------|----------|
| Minori in affido | 55 | | | | 1 | 1 | 4 | 15 | 17 | 1 |
| Minori in strutture | 57 | | 1 | | 4 | 2 | 3 | 1 | 9 | 3 |
| Contributi economici | 154 | 3 | 4 | 4 | 10 | 3 | 39 | 30 | 43 | 9 |

Per il dettaglio delle prestazioni vedi la sezione 2.3.

TAB. 32–UTENTI PER COMUNE E PER PRESTAZIONE SOCIALE 2011 DISABILI

| DISABILI | IMOLA | CRIO | CASALE | FONTANA | BORGO | MORDANO | CASTELLO | DOZZA | MEDICINA | CASTELG. |
|--|-------|------|--------|---------|-------|---------|----------|-------|----------|----------|
| Tirocini socio-educativi | 41 | 1 | 4 | | 4 | 2 | 32 | 12 | 16 | 3 |
| Retta centri socio-occupazionali | 45 | | 3 | | 1 | 3 | 15 | 1 | 8 | 4 |
| Integrazione rette disabili in centri diurni | 20 | | 1 | | | 1 | 9 | 3 | 3 | |
| Integrazione retta disabili in residenza | 43 | 2 | 1 | 1 | 2 | 0 | 6 | 4 | 8 | 1 |
| Integrazione retta SAD | 58 | | | 3 | 1 | 4 | 15 | 1 | 13 | 3 |

Per il dettaglio delle prestazioni vedi la sezione 2.5.

TAB.33 –UTENTI PER COMUNE E PER PRESTAZIONE SOCIALE 2011 ANZIANI

| ANZIANI | IMOLA | CRIO | CASALE | FONTANA | BORGO | MORDANO | CASTELLO | DOZZA | MEDICINA | CASTELG. |
|---|-------|------|--------|---------|-------|---------|----------|-------|----------|----------|
| Integrazione rette strutture residenziali | 63 | | | 1 | 3 | | 6 | 1 | 6 | 2 |
| Integrazione rette centri diurni | 24 | | | 1 | | 2 | 21 | | 14 | |
| Integrazione rette SAD | 128 | 2 | 2 | 2 | 3 | 8 | 64 | 15 | 81 | 16 |

Per il dettaglio delle prestazioni vedi la sezione 2.6 e 2.7.

Per offrire un quadro più leggibile della distribuzione degli utenti che hanno usufruito di queste prestazioni nel 2011 nei singoli comuni, si è rapportato il numero di prestazioni agli abitanti e si è calcolato il valore di riferimento medio. Ne è risultato che la distribuzione degli utenti non è omogenea per territorio. In giallo sono evidenziati i valori massimi di prevalenza del singolo comune.

I Comuni sono ordinati sulla base del numero di abitanti, le prestazioni sono ordinate per frequenza.

TAB. 34 –N. PRESTAZIONI SOCIALI X 10.000 ABITANTE PER COMUNE 2011

| Prestazione | IMOLA | CASTELLO | MEDICINA | DOZZA | MORDANO | CASTELG. | CASALE | BORGO | FONTANA | C.RIO | N.MEDIO |
|--------------------------------------|-------|----------|----------|-------|---------|----------|--------|-------|---------|-------|---------|
| Rette c.diurni disabili | 2,9 | 4,4 | 1,8 | 4,6 | 2,1 | 0,0 | 2,9 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 2,8 |
| Integr rette centri diurni anziani | 3,5 | 10,2 | 8,4 | 0,0 | 4,2 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 5,2 | 0,0 | 4,7 |
| Rette disabili residenze | 5,9 | 2,9 | 4,8 | 6,1 | 0,0 | 4,7 | 2,9 | 6,0 | 5,2 | 15,9 | 5,1 |
| Rette centri socio occupazion. | 6,5 | 7,3 | 4,8 | 1,5 | 6,3 | 2,3 | 8,6 | 3,0 | 0,0 | 0,0 | 5,8 |
| Rette minori strutture residenziali | 8,2 | 1,5 | 5,4 | 1,5 | 4,2 | 7,0 | 2,9 | 12,0 | 0,0 | 0,0 | 6,1 |
| Integrazione rette anziani residenze | 9,1 | 2,9 | 3,6 | 1,5 | 0,0 | 4,7 | 0,0 | 9,0 | 5,2 | 0,0 | 6,2 |
| Rette x affido | 8,0 | 1,9 | 10,2 | 23,0 | 2,1 | 2,3 | 0,0 | 3,0 | 0,0 | 0,0 | 7,1 |
| SAD disabili | 8,4 | 7,3 | 7,8 | 1,5 | 8,5 | 7,0 | 0,0 | 3,0 | 15,6 | 0,0 | 7,4 |
| Tirocini socio educativi | 5,9 | 15,5 | 9,6 | 18,4 | 4,2 | 7,0 | 11,5 | 12,0 | 0,0 | 7,9 | 8,7 |
| Contributi economici | 22,3 | 18,9 | 25,8 | 46,0 | 6,3 | 21,0 | 11,5 | 30,1 | 20,8 | 23,8 | 22,7 |
| SAD anziani | 18,5 | 31,0 | 48,6 | 23,0 | 16,9 | 37,4 | 5,8 | 9,0 | 10,4 | 15,9 | 24,3 |

- FINANZIAMENTO DEI SERVIZI SOCIALI DAI COMUNI

Di seguito si riporta il quadro riepilogativo del finanziamento ricevuto da ASP nel 2011 ripartito per quote proprie e quote di finanziamento trasferito dal Fondo sociale indistinto.

TAB. 35 –FINANZIAMENTO PER COMUNE 2011

| Comuni | Quote a pareggio anno 2011 | Di cui Fondo indistinto |
|-----------------------|----------------------------|-------------------------|
| Vallata | 326.685,65 | 58.658,00 |
| Castel Guelfo | 158.230,78 | 14.309,00 |
| Castel S.Pietro Terme | 975.186,33 | 74.106,00 |
| Dozza | 159.620,07 | 20.572,00 |
| Imola | 4.873.427,07 | 172.774,00 |
| Medicina | 704.685,80 | 61.223,00 |
| Mordano | 155.289,63 | 15.481,00 |
| Totale | 7.353.125,33 | 417.123,00 |

La quota di trasferimenti utilizzata per i servizi sociali è pari a € 5.902.325, che corrisponde all'80% del finanziamento totale (€ 7.353.125).

3.2. Risorse umane

Il patrimonio aziendale più prezioso è rappresentato dai suoi dipendenti. Alla fine dell'anno 2011, 209 persone erano in servizio con contratti a tempo indeterminato.

Il personale ASP è inquadrato nel contratto Enti Locali. Si nota che la gran parte del personale appartiene alla categoria B, e nella fattispecie si tratta di operatori socio-sanitari (85 persone).

TAB. 36– Distribuzione del personale per categoria

| Profili Professionali | Dotazione 31.12.11 | % |
|------------------------------|-------------------------------|----------|
| Ruolo Dirigenziale | 2 | 0,96 |
| Categoria D | 56 | 26,79 |
| Categoria C | 35 | 16,75 |
| Categoria B3 | 3 | 1,44 |
| Categoria B | 113 | 54,07 |
| TOTALE GENERALE | 209 | |

-La carta d'identità del personale dipendente

Nel corso dell'anno sono state impiegate 215 persone come dipendenti a tempo indeterminato, di cui 6 si sono dimesse e 5 sono state assunte (tutti infermieri).

- Gestione del rischio e della sicurezza

Nel corso del 2011 si è registrata una prevalenza di personale con inidoneità di 22 persone, pari al 10,53%, ugualmente distribuite fra guardaroba e portinerie.

-La formazione

Le ore per iniziative di aggiornamento sono state 1.325 per il personale di assistenza delle strutture residenziali e per il centro diurno per anziani (pari a 12 ore medie a testa). I principali eventi sono stati improntati a rafforzare le capacità di relazione degli operatori con gli anziani: il progetto formativo su "nuovi modelli di assistenza per le persone affette da demenza", la "stimolazione cognitiva", il "conversazionalismo", "la reciprocità ed il lavoro di cura": questi corsi sono stati svolti in prevalenza con la collaborazione dell'Associazione Alzheimer e con la presenza di psicologi esperti. Altri corsi sono stati improntati a far acquisire all'operatore delle competenze più generali e delle istruzioni operative specifiche, relativamente a: "la corretta movimentazione degli ospiti", "l'autocura dell'operatore contro il mal di schiena", "l'uso corretto dei presidi per l'incontinenza", "l'igiene alimentare" ed in generale "l'utilizzo corretto dei protocolli". In particolare gli operatori responsabili di nucleo ed i coordinatori hanno poi partecipato a corsi di aggiornamento per l'utilizzo corretto di nuovi strumenti: di valutazione dell'anziano, quali la nuova scheda BINA e di raccolta dati di attività, quali il flusso FAR.

Il personale dell'area sociale territoriale ha approfondito temi specifici inerenti la propria area di intervento. In particolare gli assistenti sociali, educatori e psicologi impegnati nell'area dei minori hanno partecipato a

numerosi incontri di aggiornamento inerenti: "tutela e protezione giuridica dei minorenni", "l'affido temporaneo e sine die", "l'abuso sessuale dei minori", "comportamenti a rischio in adolescenza", "neomaggioranni ed autonomia personale" ed i "minori stranieri non accompagnati". Altri incontri di formazione sono stati organizzati per acquisire metodi di intervento sociale per meglio effettuare interventi sui minori e le loro famiglie, con particolare riferimento alla "valutazione delle competenze genitoriali" ed al "sostegno alle famiglie naturali con minori in affido o comunità".

Gli operatori sociali territoriali, gli operatori dello Sportello Sociale e quelli del Servizio di Assistenza Anziani sono stati invece impegnati nell'acquisizione di un nuovo modello gestionale "Garsia Web" finalizzato all'utilizzo informatico della cartella sociale dell'utente anziano. Sul tema della disabilità sono stati poi promossi degli incontri di aggiornamento per favorire l'integrazione sociale e sanitaria ed implementare le funzioni dell'Unità di Valutazione Multidimensionale. Un gruppo di operatori sociali ha partecipato ad un corso di formazione a livello provinciale sul "Lavoro di Comunità", un altro ha effettuato un corso su "la progettazione mediante il Quadro Logico", altri ancora hanno partecipato ad un corso su "programmazione ed organizzazione dei servizi sociali e socio sanitari". Altri operatori hanno partecipato ai corsi di aggiornamento organizzati annualmente dalle Associazioni Professionali, dallo Sportello Immigrati e da altre Associazioni attive sul territorio.

Il personale dell'area amministrativa ha partecipato a diverse azioni formative inerenti: "appalti di lavori, servizi e forniture", "i pagamenti nelle pubbliche amministrazioni", "la tracciabilità dei flussi", "nuove procedure d'appalto", "il bilancio ed altri strumenti", "l'utilizzo del flusso FAR". Un gruppo di operatori amministrativi e di staff ha poi partecipato durante l'anno a numerosi incontri a livello regionale per accompagnare il processo di accreditamento transitorio dei servizi e delle strutture per anziani e per disabili. Tutto il personale è stato poi coinvolto nei corsi organizzati per favorire la sicurezza nei luoghi di lavoro e nella formazione obbligatoria prevista per le singole professionalità, sulla base di una programmazione pluriennale.

Complessivamente nell'anno 2011 l'Ente ha sostenuto una spesa per la formazione pari ad € 51.469,00, che comprende dei costi per la sostituzione del personale impegnato nell'aggiornamento.

-Gli incentivi

Le tipologie di incentivazione del personale sono determinate dal contratto di lavoro e dagli accordi integrativi. Alcuni istituti fanno riferimento alla carriera e alla posizione organizzativa, mentre altri sono di natura variabile e, in linea di massima, si sostanziano in quattro tipologie: indennità di turno, indennità di rischio, produttività individuale, progetti.

TAB. 37 – Incentivi variabili erogati 2011 per tipologia e valore

| INDENNITÀ | VALORE | % |
|---------------|---------------------|-------|
| turno | € 230.636,55 | 63,02 |
| rischio | € 29.354,96 | 8,02 |
| produttività | € 87.535,35 | 23,92 |
| progetti | € 18.434,28 | 5,04 |
| totale | € 365.961,14 | |

In specifico si dettagliano gli obiettivi e i risultati dell'incentivo di produttività del personale di assistenza. Si nota come ogni struttura presenti valori differenti, legati alla propria storia e situazione.

1. Sostituzione del personale in base alla effettiva necessità, alla valutazione del numero di ospiti presenti in struttura e del carico assistenziale degli stessi, espressa come numero ore sostituzione interinale OSS / numero ore effettive OSS. Obiettivo contenere la quota di personale interinale entro il 12%.

TAB. 38 – Obiettivo % ore interinali per sostituzione personale

| | 2010 | 1 semestre 2011 | 2 semestre 2011 |
|---------------|-------|--------------------|--------------------|
| cra RSA | 12,66 | 10,66 | 9,94 |
| cra Alzheimer | 20,41 | 10,33 | 11,27 |
| cra Medicina | 6,21 | 9,51 | 8,77 |

2. Gestione appropriata dei presidi per incontinenza (aggiornamento costante e giusto utilizzo delle schede incontinenza) espressa come spesa media pro-capite per presidi incontinenza. Obiettivo mantenere la spesa entro i valori del 2010.

TAB. 39 – Obiettivo spesa pro-capite presidi incontinenza

| | 2010 | 1 semestre 2011 | 2 semestre 2011 |
|---------------|-------|--------------------|--------------------|
| cra RSA | 49,01 | 37,58 | 42,35 |
| cra Alzheimer | 47,87 | 36,48 | 42,16 |
| cra Medicina | 36,43 | 27,97 | 27,97 |

- Le assenze e le presenze

Si è registrato un numero medio di giorni di assenza per dipendente pari a 30,57 che corrisponde al numero di giorni di assenza, escluse le assenze per gravidanza, rapportato al numero di dipendenti presenti nell'anno. Nel 2010 il numero medio era inferiore (28,37), ma era rapportato ad un maggiore numero di unità presenti.

Le cause di assenza sono state principalmente per malattia (15,78 giorni), per utilizzo di permessi della L.104 (4,61 giorni) e per malattia dei figli (3,76).

Le giornate di assenza per gravidanza sono state complessivamente 3.472.

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 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 Ipub trasferiti dal 1 gennaio 2008 all'Asp; ed è, in assoluta prevalenza, costituito da immobili a destinazione vincolata in quanto destinati alla gestione dei servizi (in particolare Case Protette per anziani non autosufficienti di Imola, Medicina e Borgo Tossignano).

A seguito dell'accreditamento, ASP ha provveduto alla stipula di contratti di affitto con il gestore Comunità Solidale sia per la struttura di Via Venturini di Imola sia per la struttura di Borgo Tossignano.

Il patrimonio non vincolato è rappresentato dall'immobile storico denominato "Villa Clelia", sito in Imola in via Villa Clelia, 63, che continuerà ad essere concesso in uso gratuito al Comune di Imola fino a fine 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, sono stati ceduti in locazione alla Pro Loco (gratuitamente) per svolgere attività senza fini di lucro a favore della popolazione della frazione.

Infine, sempre in Comune di Borgo Tossignano, l'Azienda è proprietaria di alcuni terreni edificabili. Su parte di essi è in corso la costruzione di un condominio di n. 8+1 unità, da destinare a popolazione anziana, nonché di una sala polifunzionale da concedere in uso gratuito al Comune di Borgo Tossignano, per attività ricreative. La parte restante del terreno edificabile costituiva la contropartita da cedere alla Ditta esecutrice per la realizzazione dei lavori di cui sopra. Causa fallimento della Ditta appaltatrice i lavori sono stati sospesi, in attesa di accordarsi con la Curatela Fallimentare per la liquidazione di quanto correttamente eseguito dalla Ditta fallita e poter riprendere i lavori. Intesa raggiunta nel 2011, a seguito della quale è stato individuato un nuovo appaltatore per concludere i lavori relativi al condominio, che si prevede di rendere agibile entro luglio 2012, nonché mettere in sicurezza da ulteriori ammaloramenti il prefabbricato grezzo già posato, destinato a futura sala polivalente. Attualmente, per la parte di terreno edificabile, si è alla ricerca di un potenziale acquirente al fine di reperire le risorse necessarie per liquidare la Curatela fallimentare e concludere i lavori relativi alla sala polivalente. Nel caso non si riesca a trovare un idoneo compratore, il terreno verrà frazionato e parte di esso, proporzionato al dovuto, verrà trasferito alla curatela a saldo del credito vantato.

Conclusioni e ringraziamenti

Come per l'anno precedente, 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 negli anni a venire passando gradualmente dalla Relazione Annuale alla 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. Sempre più la raccolta dei dati è l'occasione per sollecitare approfondimenti e riflessioni anche interne, oltre che per rispondere alle domande che ci vengono poste dall'esterno.

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, 29 giugno 2012