

BILANCIO SOCIALE

2012



Presentazione

La situazione attuale delle ASP emiliano-romagnole è caratterizzata da un elevato grado di eterogeneità in relazione 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 ha presentato i risultati nel 2012, che è stata il punto di riferimento per formulare una proposta di legge per il loro riordino. In base alla normativa e alla prassi consolidata sulle materie relative all'integrazione socio sanitaria e al sociale, le proposte di legge regionali vengono condivise in sede di cabina di regia e sono sottoposte al parere formale della competente commissione del Consiglio delle Autonomie Locali prima dell'adozione del testo da parte della Giunta Regionale. Nella legge si affrontano i temi legati al superamento della frammentazione gestionale, alla ridondanza degli organi, alla valorizzazione del patrimonio, al compenso agli amministratori, al superamento dei vincoli alle assunzioni.

In attesa che la proposta di legge compia il suo iter istituzionale, abbiamo elaborato i consueti documenti di rendicontazione. In specifico, come negli anni passati, 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 alla validità dei dati presenti in Azienda, nell'ottica di andare ad implementare il progressivo sviluppo del documento attraverso un percorso pluriennale.

Il Bilancio Sociale, presentato unitamente al Bilancio consuntivo 2012, testimonia la ricchezza del lavoro svolto ed è alla direzione, agli operatori e a quanti collaborano con noi che esprimiamo il più sentito ringraziamento.



Il Presidente ASP

Gigliola Poli

INDICE

Presentazione

Parte I Valori di riferimento, visione e indirizzi

- Identità aziendale Pag. 3
- Il sistema delle relazioni dell'ASP Pag. 4
- Il sistema di governance Pag. 6
- La mission Pag. 8
- Gli obiettivi strategici Pag. 8
- La struttura organizzativa Pag.10

Parte II Rendicontazione delle politiche e dei servizi resi

1. L'attività istituzionale nel 2012

Pag.11

2. Le schede delle singole attività

2.1 Il sistema di accesso ai servizi:

- Sportello sociale

Pag.12

2.2 La valutazione del bisogno

- Unità di Valutazione Multidimensionale

Pag.13

2.3 La fornitura e l'erogazione degli interventi per famiglie con minori

- Contributi economici
- Rapporti con autorità giudiziaria
- Interventi di accoglienza

Pag.16

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 e Residenzialità

Pag.25

2.6 La fornitura e l'erogazione degli interventi per anziani:

- Interventi economici
- Servizi domiciliari
- La fragilità

Pag.28

2.7 I servizi accreditati per anziani

- Graduatoria per l'accesso alle CRA
- Centri diurni
- Residenze
- Gli ospiti
- Il personale
- Indicatori di qualità

Pag.31

Parte III Rendicontazione delle risorse disponibili e utilizzate

3.1 Risorse economico-finanziarie

Pag.38

3.2 Le risorse umane

Pag.39

3.3 Attrezzature e patrimonio

Pag.42

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 è compiuto 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 anche nel 2012 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 hanno consentito la sigla dell'accordo integrativo anche nel 2012.

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;
- 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;

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.

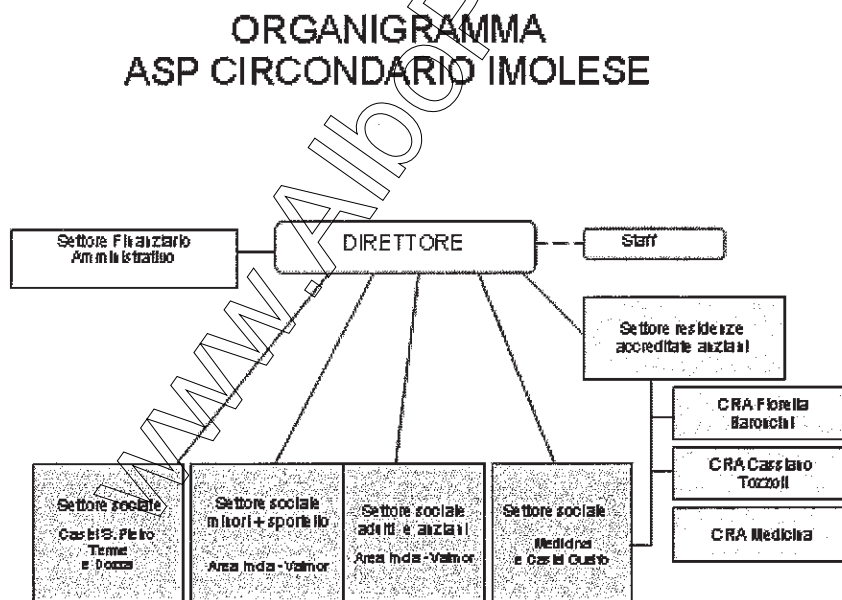
Nel rispetto di indirizzi ed obiettivi strategici e dei regolamenti, il Direttore ha la responsabilità gestionale dell'Azienda, per realizzare la quale si avvale dell'attività delle Responsabili di Servizio, di Area Territoriale e di Unità Operativa.

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.

Inoltre sono state separate e meglio definite le responsabilità di budget per le singole CRA accreditate.

Figura 1 – Organigramma ASP e principali variazioni 2012



2012

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. Gli interventi di sviluppo dei servizi e di razionalizzazione della spesa scelti per il 2012 riguardano in sintesi le aree dei servizi territoriali e dei servizi accreditati, e sono più ampiamente dettagliati nella sezione analitica del documento. In sintesi tali interventi sono rappresentati di seguito:

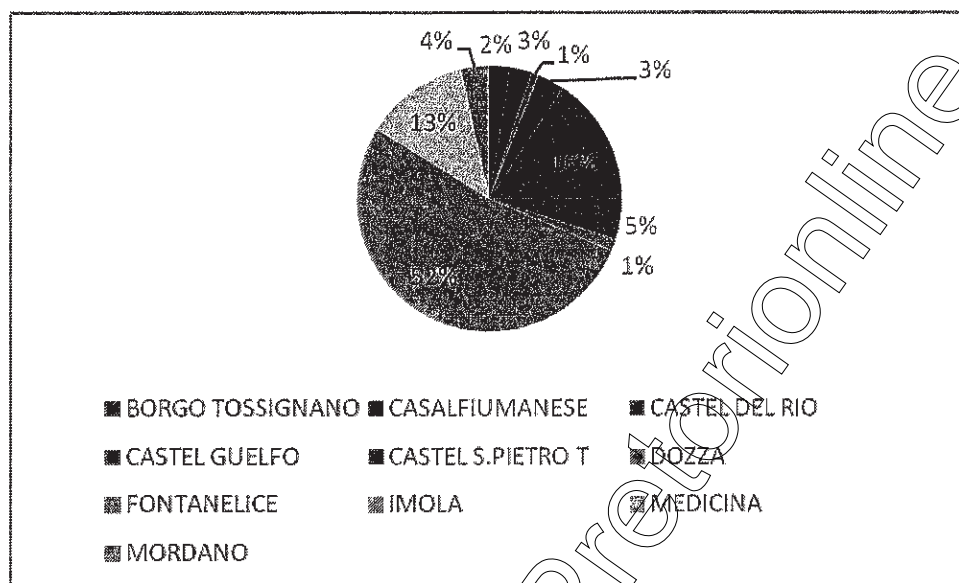
- L'attività di sportello sociale si è confermata centrale per l'accesso ai servizi di ASP e ha registrato un incremento dei contatti. In particolare, la domanda di contributi economici erogati da ASP a famiglie con minori e adulti in difficoltà ha registrato una continua crescita. La maggiore richiesta di alloggi e contributi economici legati alla situazione di crisi che ha colpito anche il territorio imolese resta quindi il fattore più critico nella risposta sociale. In questo senso si registra anche la maggiore richiesta di inserimenti in comunità educativa di minori stranieri non accompagnati. Altre azioni di rilievo nell'anno 2012 sono rappresentate dalla collaborazione con la AUSL per la gestione integrata delle risorse impegnate per l'assistenza ai disabili, con particolare riferimento alle residenze e ai centri socio-occupazionali, e alla completa revisione del regolamento per l'ammissione alle CRA per anziani, che era necessario rendere coerente con il sistema dell'accREDITAMENTO.
- Come primo effetto del processo di accREDITAMENTO, la ASP e gli altri gestori accreditati hanno dovuto confrontare i propri servizi con gli standard determinati dalla Regione. Rilevato che le strutture accreditate aziendali hanno standard gestionali superiori a quelli di riferimento regionali, la volontà espressa dai Soci ad ASP è stata il mantenimento dei livelli di servizio precedenti e per questo l'indice di servizi sopra standard è rimasto elevato. In secondo luogo si è lavorato attraverso la pianificazione interna per arricchire e mantenere la qualità dei servizi: in particolare, in CRA Fiorella Baroncini sono stati ospitati 6 pazienti portatori di gravissime disabilità in coerenza con i maggiori standard di assistenza infermieristica riconosciuti dalla AUSL, in CRA Casa Alzheimer si è operato per conferire al Nucleo speciale maggiore aderenza ai requisiti di temporaneità previsti dall'accREDITAMENTO, in CRA di Medicina è aumentato l'indice di gravità degli ospiti.

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 133.220 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 2012.

Grafico 1 – La popolazione residente per comune di residenza



Lo Sportello è presente in maniera capillare sul territorio con aperture giornaliere nelle aree di Imola, Castel S. Pietro e Medicina, ed aperture settimanali nei restanti Comuni. La natura organizzativa degli sportelli nei territori non è completamente omogenea.

Tab. 1 – Sportello sociale 2012

AREA	Contatti 2012	Numero medio contatti per 1000 abitanti
Area Imola – Vallata – Mordano	11.009	130,4
Area Nord-Ovest	2.896	106,7
Area Ovest	2.408	113,2
TOTALE	16.313	

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 e 2012

AREA	Contatti 2012	Contatti 2011
Area Imola – Vallata – Mordano	1.155	1.170
Area Nord-Ovest	119	105
Area Ovest	199	192
TOTALE	1.473	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 in giorni sportello sociale 2012

AREA IMOLA	ANZIANI/ADULTI	MINORI
ZONA CENTRO	11,9	14,8
CAPUCCINI/PEDAGNA/ PONTICELLI	8,5	13,4
MARCONI/ ZOLINO/ Z.INDUSTRIALE/ S.PROSPERO/ 3 MONTI/ CAMPANELLA	9,9	14,0
AREA MEDICINA	ANZIANI/ADULTI	MINORI
MEDICINA	4,7	16,3
CASTEL GUELFO	7,0	7,0
SESTO IMOLESE/SASSO MORELLI/SPAZZATE SASSATELLO	15,0	15,0
AREA C.S.P.T. e DOZZA	ANZIANI/ADULTI	MINORI
CASTEL SAN PIETRO	3,8	3,8
DOZZA	3,5	3,5

I tempi di attesa sono stati 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.

2.2 La valutazione del bisogno

Un primo accesso ai servizi è normalmente facilitato dallo Sportello Sociale che svolge la 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 2012 è rilevante: sono state effettuate complessivamente 162 valutazioni per persone affette da problematiche sanitarie e sociali complesse, di queste attraverso la UVM Minori sono stati esaminati 26 casi e attraverso la UVM Adulti 136 casi.

Tab. 4 – Attività della Unità di Valutazione Multidimensionale

AREA	MINORI	ADULTI	TOTALE 2012	TOTALE 2011
Area Imola – Vallata – Mordano	20	97	117	79
Area Nord-Ovest	6	25	31	17
Area Ovest	0	14	14	13
TOTALE	26	136	162	109

L'incremento del numero di valutazioni è legato in gran parte alla revisione dei servizi diurni e occupazionali per disabili, per i quali si è convenuto con AUSL di procedere ad una rivalutazione e riclassificazione di tutti gli utenti presenti.

Nell'area dell'assistenza agli anziani, ovviamente, il dato è molto più elevato e assomma come UVG - Unità di Valutazione Geriatrica a 1.546 a fronte dei 1.459 casi del 2011.

Si conferma anche nel 2012 la tendenza all'aumento di istanze di valutazione della condizione di non autosufficienza per l'ammissione ai servizi di cittadini anziani o con patologie tipiche dell'età anziana.

A tale proposito ed in relazione anche all'attuazione di nuove modalità di accesso alle CRA, adottate in seguito all'avvenuto processo di accreditamento, si ritiene opportuno anche rivedere il regolamento di funzionamento della unità di valutazione geriatrica per migliorarne l'efficienza ed ottimizzare le risorse impiegate.

Le funzioni dell'UVG sono le seguenti:

- individuare, attraverso la valutazione multidimensionale e con assunzione della relativa responsabilità dal punto di vista clinico e socio-sanitario, i bisogni sanitari e assistenziali delle persone anziane, identificando le risposte più idonee al loro soddisfacimento e privilegiando, ove possibile, il loro mantenimento presso il domicilio;
- analizzare i bisogni sociali, socio-sanitari e sanitari del soggetto e della rete familiare in cui è inserito e valutarli secondo un approccio multidisciplinare;
- orientare alla risorsa della rete più appropriata e disponibile a rispondere alle esigenze rilevate;
- predisporre il progetto di intervento individualizzato e qualora sia previsto l'inserimento in una struttura residenziale, identificare la fascia d'intensità assistenziale ed il livello prestazionale adeguato;
- monitorare la realizzazione e l'andamento dei progetti individualizzati, attraverso la validazione del P.A.I. predisposto ed aggiornato al mutare del progetto;
- fornire consulenza tecnico-scientifica per la programmazione dei servizi a favore degli anziani
- collaborare con le Unità di Valutazione degli altri territori.

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 erogazione dell'assegno di cura nei casi complessi.

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

AREA	TERR	OSPED	TOTALE 2012	TOTALE 2011
Area Imola – Vallata – Mordano	585	264	849	1.035
Area Nord-Ovest	233	59	292	176
Area Ovest	295	110	405	248
TOTALE	1.113	433	1.546	1.459

Le UVG effettuate in ambito ospedaliero (UVGO) si rivolgono agli anziani che, a seguito del ricovero in ospedale, presentino difficoltà nel rientrare a domicilio e/o richiedano servizi da attivare prima della dimissione e rappresentano ben il 28% del totale delle valutazioni complessivamente svolte.

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. segnalazioni per dimissioni per tipologia di utente e per area

AREA	ADULTI	ANZIANI	TOTALE 2012	TOTALE 2011
Area Imola – Vallata – Mordano	78	445	523	515
Area Nord-Ovest	16	103	119	75
Area Ovest	25	180	205	189
TOTALE	119	728	847	779

Le segnalazioni per Dimissioni Protette si sono mantenute in costante aumento. Per un efficace utilizzo di questa procedura è stato anche rivisto nel corso del 2012 il documento che regola la materia della continuità ospedale-territorio e si è mantenuto attivo il flusso informativo sugli utenti rispettivamente in carico ai servizi sociali e sanitari, finalizzato alla maggiore integrazione possibile sugli interventi attivati ed a fornire ai cittadini che accedono ai vari presidi orientamento ed informazioni corrette sulla rete dei servizi.

2.3 Servizi resi per minori e famiglie

I nuclei familiari con minori rappresentano da sempre una fascia di utenza rilevante nell'accesso al sistema dei servizi sociali per interventi di sostegno alla genitorialità e di tutela dell'infanzia, per prestazioni di tipo socio assistenziale e socio-sanitario. All'interno dei mandati prescrittivi derivanti dai dettati normativi, da quelli organizzativi dati dall'ente e da quelli professionali, il servizio sociale assume nei loro confronti funzioni di accoglienza e orientamento, di presa in carico della persona, della famiglia e del gruppo sociale, attiva ed integra servizi e risorse, accompagna e sostiene nel processo di emancipazione e di aiuto. 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 2012 per le tipologie di problematiche sopra indicate.

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

MINORI	situazione in essere		movimenti		
	n. minori in carico al 31/12	n. minori stranieri 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
31/12/2012	2.047	872	2.245	935	336
Borgo Tossignano	77	43	81	43	17
Casalfiumanese	30	7	32	8	8
Castel del Rio	35	19	36	19	4
C. Guelfo	53	26	58	28	10
Castel S. Pietro T.	205	97	205	97	43
Dozza	97	39	105	41	22
Imola	1179	469	1322	514	168
Fontanelice	26	17	27	17	3
Medicina	244	115	263	123	36
Mordano	52	18	57	20	4
fuori territorio	49	22	59	25	21

Dopo un breve periodo di sostanziale stabilizzazione è di nuovo andato incrementando il numero dei minori in carico a fine anno. Tale incremento sembra essere riconducibile più che al numero delle nuove prese in carico, non molto dissimile dall'anno precedente, ad una riduzione del numero delle dimissioni nel periodo di riferimento. Le motivazioni di tale fenomeno sono presumibilmente da ricercarsi nella situazione economica presente sul territorio che vede aumentare la precarietà lavorativa a fronte della contrazione della disponibilità di risorse con conseguente ricorso a prestazioni socio assistenziali, riducendo l'autonomia dei singoli e delle famiglie. Il protrarsi nel tempo di tale condizione di disagio economico può incidere fortemente sia a livello di salute psichica e di stabilità emotiva dei singoli individui, sia a livello sociale in termini di aumento della tensione fra le diverse realtà per l'impossibilità di immaginare soluzioni positive nel breve periodo o di poter accedere con la continuità auspicata alle risorse del sistema pubblico.

- I contributi economici

Rappresentano una modalità importante e significativa dell'intervento sociale, in particolare nell'ultimo periodo di instabilità economica; l'erogazione effettuata è solitamente connessa ad una progettualità di autonomia definita con il nucleo ed è finalizzata alla soddisfazione di bisogni primari pur nelle diverse tipologie utilizzate. Sempre più spesso l'aumentare delle richieste economiche e l'impossibilità di accoglierle nella loro totalità, richiede agli operatori del servizio valutazioni accurate in merito all'appropriatezza dell'intervento.

Tab. 8 – Famiglie con minori che hanno ricevuto contributi economici

	OVEST	NORD OVEST	IMOLA VALMORI	TOTALE
N. NUCLEI FAMILIARI BENEFICIARI 2012	87	94	177	358
N. NUCLEI FAMILIARI BENEFICIARI 2011	69	86	144	299
N. NUCLEI FAMILIARI BENEFICIARI 2010	61	82	187	330

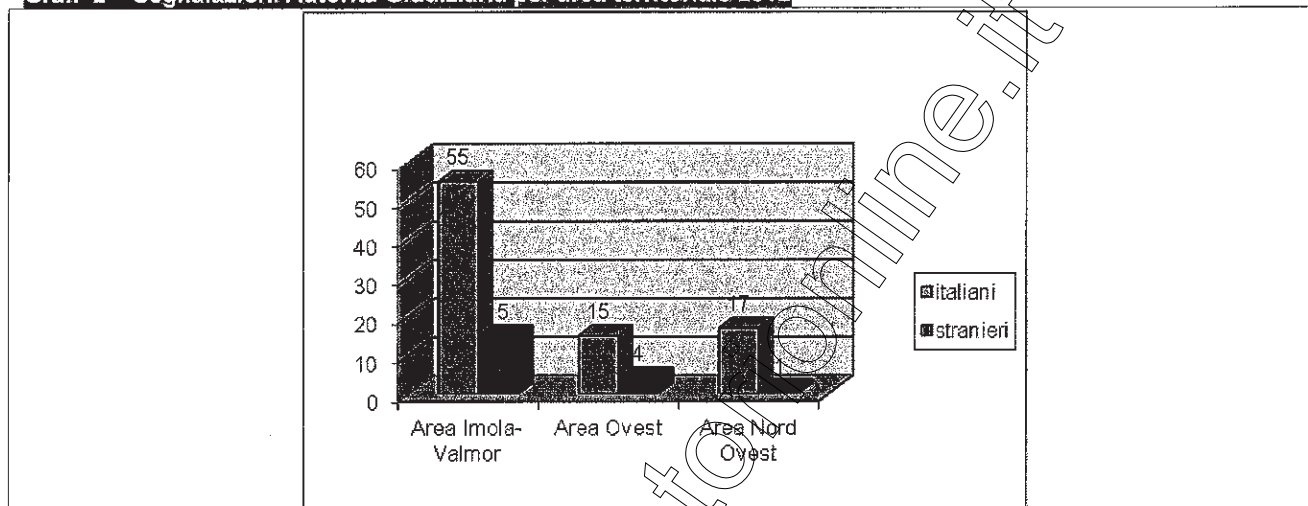
Nel corso del 2012 la richiesta di interventi di sostegno economico è stata elevata, con un contestuale incremento del numero delle famiglie beneficiarie rispetto all'anno precedente. Nel periodo preso a riferimento è stato inoltre possibile usufruire di un fondo straordinario regionale e di un contributo della Fondazione della Cassa di Risparmio di Imola per sostenere nuclei in situazione di disagio abitativo. Questo ha consentito di contrastare situazioni di sfratto e di collocare, in contesti anche di emergenza, i nuclei che avevano già subito l'esecuzione di quel provvedimento. 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, spesso su mandato dell'Autorità Giudiziaria, nelle situazioni di pregiudizio o di rischio psicofisico e sociale dei minori per rispondere alle esigenze di protezione e di tutela degli stessi in ordine ai diritti specificamente riconosciuti.

Questa tipologia di lavoro è concretizzata perseguendo in modo privilegiato, ove possibile, l'accordo e la collaborazione della famiglia, sostenendola nel recupero delle specifiche funzioni genitoriali, integrandola temporalmente o in modo definitivo in presenza di difficoltà insuperabili. Contemporaneamente il Servizio collabora in modo sinergico con le altre realtà presenti nel contesto territoriale, 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.

Graf. 2 – Segnalazioni Autorità Giudiziaria per area territoriale 2012



Nel corso del 2012 sono andate particolarmente aumentando le segnalazioni provenienti dall'autorità Giudiziaria 107 segnalazioni ricevute nel 2012 a fronte delle 67 pervenute nel 2011. Le motivazioni delle 107 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. In molti casi, 29 sul totale, si sottolinea la necessità per il servizio sociale di porre attenzione ai nuclei che non aderiscono alle proposte di vaccinazioni previste per i figli con l'obiettivo di accertare che tali scelte, in realtà, non celino inadempienze nelle azioni di cura rispetto ai minori. A queste si aggiungono le segnalazioni connesse a risvolti di tipo penale, n. 12 nel corso del 2012, direttamente pervenute dalla Procura presso il Tribunale per i Minorenni e/o dal Servizio Sociale del Ministero di Grazia e Giustizia, e quelle ricevute dalle forze dell'Ordine locali, n. 15 nel corso dell'ultimo anno.

L'azione del servizio è finalizzata quindi a raccogliere in modo oggettivo e quanto più completo possibile, le informazioni relative allo stato del minore e del suo nucleo familiare, alla capacità dei genitori di rispondere alle sue esigenze di protezione e cura, di sostenerlo nei rapporti con le realtà esterne per fornire all'autorità giudiziaria gli elementi necessari all'adozione di provvedimenti utili al benessere dei minori coinvolti.

- 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. Nel corso dell'anno è andato perfezionandosi il lavoro integrato socio sanitario all'interno dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) finalizzato ad una lettura più articolata e condivisa dei bisogni del minore e del suo nucleo familiare, ma anche alla costruzione della migliore risposta integrata per la specifica situazione in essere.

L'affido familiare

Il territorio circondariale ha sempre espresso particolare attenzione alle esigenze di affido evidenziate in particolare per bambini di età inferiore ai 6 anni e fino all'età della preadolescenza. Tale risposta alle esigenze dei bambini e delle loro famiglie è caratterizzata da una tipologia diversificata di accoglimenti: dagli appoggi familiari ad integrazione e supporto di limitate risorse parentali, per un numero limitato di ore o di giorni alla settimana, all'accoglienza stabile per un periodo definito in sostituzione delle famiglie d'origine. Nel corso degli anni è andato rafforzandosi il numero dei soggetti singoli e delle famiglie che, a conclusione di specifico percorso di formazione – informazione, esprimono la propria disponibilità a questa forma di aiuto consentendo di rispondere a tutti i bisogni evidenziati. Nel corso del 2012 il dato relativo ai minori in affido è rimasto sostanzialmente invariato anche a fronte di nuovi inserimenti confermando la temporaneità nell'utilizzo di tale risorsa.

Tab. 9 – N. affidi 2009-2012

	N. affidi 2009	N. affidi 2010	N. affidi 2011	N. affidi 2012	di cui nuovi affidi
Area Imola – ValMor	64	56	56	53	3
Area Nord-Ovest	21	30	19	24	5
Area Ovest	12	14	19	19	2
Totale	97	100	94	96	10

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 necessitano 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 e la cooperativa Incontri, a Medicina gestita dalla Fondazione Donati Zucchi. La durata dell'accoglienza dipende dalla valutazione, dall'età del minore, dal progetto formulato e realizzato oltre che dalla presenza di risorse alternative all'inserimento in comunità.

Nel corso del 2012 si è svolto un lavoro di gruppo con i gestori delle strutture sopra citate finalizzato a definire e condividere modalità operative e strumenti di lavoro in linea con le indicazioni dell'ultima direttiva regionale n. 1904/2011, oltre che a ridefinire l'offerta di accoglienza sul territorio perché meglio ed in modo più flessibile potesse rispondere alle tipologie di bisogno espresse.

Tab. 10 – N. minori in strutture comunitarie residenziali

Area	Minori 2010	Minori 2011	Minori 2012	presenza madri
Area Imola – Valmor	51	58	*84	15
Area Nord-Ovest	11	16	12	3
Area Ovest	4	6	7	2
Totale	66	80	103	20

*di cui 24 minori non accompagnati

Alcuni minori sono collocati insieme con la madre in strutture del territorio che hanno con il servizio rapporti significativi di collaborazione: 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 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'accoglienza di donne vittime di violenza è stata assicurata nel corso del 2012 sia ricorrendo a strutture specifiche, fuori del territorio circondariale nelle situazioni in cui era necessario garantire interventi di protezione elevata, sia presso le locali strutture madre-bambino. Nel territorio del Circondario Imolese nel corso del 2012 si sono rivolte ad ASP 19 donne segnalando per la prima volta di ricevere maltrattamenti e subire violenze. La maggioranza delle donne (9 su 19) risulta non avere alcuna problematica accertata e dichiarata precedente alle violenze subite e in 5 casi risultano essere presenti problematiche di tipo economico.

Fra le forme di accoglienza realizzate nel 2012 si segnala inoltre la collaborazione offerta alla Protezione civile regionale e alle realtà locali coinvolte (Caritas Diocesana di Imola, Associazione Tenda di Abraham, Istituto Donati Zucchi) per i progetti rivolti a singoli e nuclei inseriti nel progetto Emergenza Nord Africa realizzato a favore di profughi provenienti dalla ex Libia.

L'adozione

Permane stabile nel nostro territorio la richiesta presentata da coppie aspiranti all'adozione sia nazionale che internazionale, di partecipare a corsi di informazione-formazione; gli stessi vengono realizzati in collaborazione con gli Enti autorizzati abbinati (Associazione AMO e Crescere Insieme). Il servizio predispone una relazione conclusiva del percorso da presentare al Tribunale per i Minorenni, in quanto è di sua competenza la valutazione sull'idoneità della coppia all'adozione sia nazionale che internazionale; 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	In corso al 31/12/2012	Minori con handicap
Minori collocati in Affidamento preadottivo (ADOZIONE NAZIONALE)	9	2	4	0	5	0
Minori con Provvedimento Adottivo in corso da perfezionare (ADOZIONE INTERNAZIONALE)	5	0	10	1	10	0

Servizi resi per Adulti e Disabili

L'incremento della popolazione adulta in carico che si è registrato nel 2012, è pari al 24% rispetto al 2011, ma è in parte ascrivibile alla revisione del data base di raccolta dati. 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 e disabili

ADULTI/DISABILI	Situazione in essere AL 31/12			2011
	adulti in carico	disabili in carico	totale utenti	totale utenti
Borgo Tossignano	6	16	22	23
Casalfiumanese	5	14	19	19
Castel del Rio	2	2	4	3
C.Guelfo	10	11	21	19
Castel S.Pietro T.	111	79	190	121
Dozza	34	29	63	26
Fontanelice	3	4	7	6
Imola	115	283	398	360
Medicina	31	54	85	71
Mordano	11	5	16	16
Totale	328	497	825	664

2.4. Adulti

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.

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 2012 – 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 2012	Totale contatti richiesta contributi 2011
Area Imola – Vallata – Mordano	250	883	874	535	253	473	3.268	2.790
Area Nord-Ovest solo per Medicina	82	180	186	98		56	602	724
Area Ovest solo per Dozza		72	66		34		172	400

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. inserimenti temporanei in alloggi a carico ASP

	Totale 2012	<i>Totale 2011</i>
Alloggi ASP	74	<i>56</i>
Affittacamere	69	<i>22</i>
Trama terra	25	<i>5</i>
Tartaruga	7	<i>12</i>
Totale	175	<i>95</i>

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.

Relazione sull'emergenza sociale 2012

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 praticamente inesistenti sia per i cittadini cosiddetti normodotati che per le categorie protette.

Uno dei dati più evidenti ed esplosivi, con inevitabili risonanze nei mezzi mediatici, è stato l'aumento esponenziale 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. Tale aumento è in linea con il dato nazionale degli sfratti per morosità o altra causa (esclusa necessità del locatore e finita locazione) che ha visto il seguente andamento.

Nella Provincia di Bologna, tra il 2001 e il 2010 gli sfratti complessivamente emessi sono più che raddoppiati. Di questi il 54% dei casi sono localizzati nei Comuni esterni a Bologna. Gli sfratti per morosità, invece, sono più che triplicati, passando da 490 del 2001 a 1.559 del 2010. (fonte Provincia di Bologna – Settore Pianificazione Territoriale e Trasporti).

Nel nostro territorio (fonte Nuovo Circondario Imolese), vengono stimati in circa **200** gli sfratti nel corso di un anno, su un numero di locazioni quantificabili in circa 8/9.000. La stima dell'aumento degli sfratti vede un incremento di un punto percentuale annuo (dall'1,5 al 2/2,5%).

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 famigliari ed economiche di sostegno nel momento della crisi, con minori, convinti di poter restare a tempo indeterminato nell'abitazione occupata o che il sistema del servizio pubblico provvederà in merito. Come si evince da quanto esposto, trattasi 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, quindi, poveri anche di strumenti e di opportunità, non possono nemmeno accedere ad una forma minima di sostentamento costituita dall'assegno di invalidità civile e si configurano a forte rischio di cronicità assistenziale.

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.

Tab. 15 – N. utenti in emergenza sociale 2012

PERSONE O NUCLEI	FAMIGLIA CON MINORI	ADULTI	ANZIANI	TOTALE
SENZA CASA (ALLOGGI DI SERVIZIO, SFRATTO GIA' ESEGUITO O IN FASE DI ESECUZIONE)	70	48	5	123
SENZA UTENZE (O A RISCHIO DI DISTACCO)	69	30	2	101

L'obiettivo generale su cui si è lavorato è stato **rivalutare la progettualità degli interventi a sostegno della casa**, sia in riferimento alla gestione diretta di alloggi sia alle nuove domande di intervento sociale ed economico a fronte di emergenze abitative, e programmare l'ammontare del budget in coerenza a questo obiettivo, destinando maggiori fondi finalizzati al sostegno del pagamento dell'affitto per evitare le procedure di sfratto che comportano, in caso di sistemazione obbligatoria dei minori, un onere sicuramente maggiore per la comunità.

Nell'ambito delle funzioni ad esso attribuite dai Comuni, anche la potenzialità di spesa per l'aiuto alle famiglie e ai soggetti deboli, seppure conservata, non ha potuto essere implementata in rapporto ai bisogni evidenziati.

Va sottolineato come il rafforzamento dei legami con i sistemi solidaristici della comunità con progettazioni individualizzate sulle singole situazioni di bisogno ha consentito il raggiungimento di un livello di soddisfacimento minimale dei bisogni immediati (es. sul fronte alimentare o del vestiario o di ausili per l'infanzia) per il quale va riconosciuto l'apporto fondamentale di Caritas e altre associazioni.

In questi ultimi anni particolarmente, il Servizio Sociale ha pertanto messo in atto prevalentemente un livello di risposta economica e abitativa abbassando notevolmente parametri e paradigmi dell'aiuto socio-assistenziale e socio-educativo.

L'emergenza sociale di cui parliamo è assunta pienamente da ASP come tema di lavoro, che si considera centrale nella valutazione delle domande che arrivano dagli utenti e nella valutazione professionale delle medesime.

Nel corso del 2012 si sono consolidate le attività di ASP :

- Valutazione della domanda di contributo (criteri di appropriatezza)
- Valutazione e interventi nei casi di sfratto (elenco alloggi di servizio, pubblici e privati)

- Valutazione interventi per il piano freddo (protocollo Hera)
- Valutazione e segnalazioni per alloggi ERP.

In tale contesto è stata data, inoltre, continuità, ad alcuni mini-progetti che abbiamo raggruppato come forme diverse di intervento di contrasto alla povertà, che, sinteticamente, richiamiamo:

- a) "Progetto Supermercati solidali " realizzato tra ASP- AUSER- CONAD e COOP Reno per la consegna di beni alimentari a famiglie in difficoltà (attivo in Imola, e Vallata)
- b) Progetto "A scuola con...." realizzato tra ASP, Associazione Ponte Azzurro, Auser e Coop Adriatica per la fornitura di materiale scolastico ai ragazzi di famiglie in difficoltà in carico ai servizi Sociali (attivo in Imola, Vallata e Medicina)
- c) Progetto per il recupero di libri di testo usati a sostegno di minori in ingresso nella scuola secondaria di primo grado (attivo nel Comune di Medicina)
- d) Percorsi mirati di tirocini formativi con Hera tesi a sanare situazioni di morosità con Hera
- e) Percorsi mirati di tirocini formativi con Aziende del territorio tesi a favorire l'assunzione a tempo determinato di soggetti appartenenti a nuclei in difficoltà
- f) Accordo ASP – Hera per soluzioni rateizzate ai cittadini in carico al Servizio con gravi problematiche economiche e familiari
- g) Rafforzamento dei legami con i sistemi solidaristici della comunità con progettazioni individualizzate sulle singole situazioni di bisogno.

In sintesi, per quanto riguarda il sostegno all'alloggio, nell'ambito delle funzioni ad esso attribuite dai Comuni, ASP provvede con interventi sociali ed economici di tre tipologie:

- ✓ Presa in carico sociale e erogazione contributi in prevalenza a famiglie con minori;
- ✓ Istruttoria per la concessione contributi per residenti con fondi specifici;
- ✓ Accoglienza abitativa e protezione sociale con interventi diretti e indiretti di collocazione in appartamenti di servizio, comunità madre bambino, affittacamere, alberghi, etc;

Si è comunque rivelato in tutta la sua evidenza che il fenomeno di cui trattiamo non è solo e tanto riferibile ad un intervento/prestazione sociale ma ha implicazioni di politica sociale legate alle politiche abitative, alle politiche della formazione, alle politiche del lavoro e di contrasto della crisi economica, alle politiche dell'immigrazione.

E' evidente che l'intervento del Servizio sociale professionale si colloca a valle e non risulta risolutivo delle situazioni affrontate. Infatti, non avendo sufficienti risposte di tipo abitativo di emergenza da utilizzare allo scopo ed in assenza di possibilità di rientrare nel mercato dell'affitto privato, vengono proposti rientri assistiti nel Paese di origine in caso di mancanza di prospettive a breve di rioccupazione (rientri spesso rifiutati) o in alternativa l'accoglienza dei minori con la madre in strutture apposite (con i costi indicati).

L'esperienza ha dimostrato che l'intervento di "sistemazione" in strutture di accoglienza oltre a comportare costi non lungamente sostenibili provoca un rifiuto da parte delle famiglie che non vogliono separarsi e instaura situazioni altamente conflittuali di difficile gestione per il servizio medesimo.

2.5 Disabili

Gli interventi e i servizi a favore dei disabili, e conseguentemente delle loro famiglie, hanno costituito un segmento significativo e soprattutto in evoluzione dell'area della non autosufficienza, per le condizioni di dipendenza e il fabbisogno di servizi che investe questa popolazione; non meno rilevante però è stato l'impegno dell'ASP per la promozione delle autonomie e per il raggiungimento di una vita adulta indipendente, impegno che ha riguardato prevalentemente una fascia di disabili con maggiori abilità funzionali e cognitive. Entrambi questi fronti, seppure con declinazioni diverse, hanno necessitato il coinvolgimento di più attori sia della sfera istituzionale sia della sfera del privato sociale o della comunità civile.

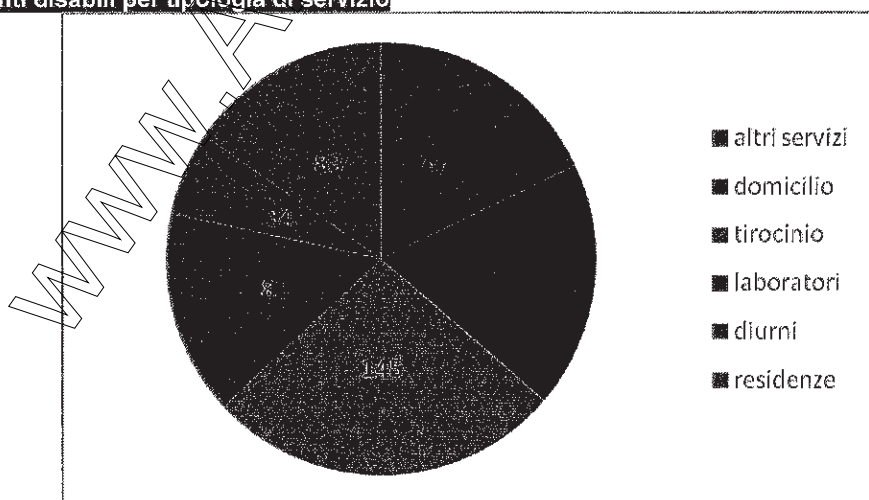
Nella predisposizione e valutazione dei progetti personalizzati, centrale è stata la attività dell'UVM che nel corso del 2012 si è consolidata ulteriormente; l'ASP con la funzione del Responsabile del caso ha agito il raccordo con l'utente e la sua rete familiare, nonché con i gestori delle strutture e dei servizi nel favorire i processi di inserimento e di fruizione degli interventi.

Il numero di disabili in carico indica la capacità dell'ASP di accoglienza della domanda e di presa in carico professionale e nell'anno è stato pari a 545 casi che hanno utilizzato i servizi sociali, di cui circa il 10% per la prima volta. Fra questi si sottolineano i giovani disabili, segnalati dalla Unità Operativa della Neuropsichiatria per l'ingresso nell'età adulta (n.22 nell'anno 2012) e presi in carico dall'ASP, come indicatore del grado di integrazione socio- sanitaria e di condivisione di modalità tecnico-operative per la continuità assistenziale.

L'approccio integrato socio-sanitario ha caratterizzato i rapporti con l'Unità Operativa Riabilitazione e con il Dipartimento Salute Mentale, quest'ultimo particolarmente per la presa in carico e la valutazione di soggetti con disabilità fisica e psichica.

L'operatività si è concentrata, a seconda delle situazioni e dei progetti personalizzati che volta per volta si sono formulati, su tre direttrici principali: la transizione al lavoro e l'inclusione sociale, il sostegno alla domiciliarità, la residenzialità e la semi residenzialità.

Graf. 3 – N.utenti disabili per tipologia di servizio



La transizione al lavoro e l'inclusione sociale

La presa in carico per percorsi di orientamento e inserimento lavorativo costituisce una costante del lavoro sociale dell'ASP, per la incisività della domanda portata dagli stessi soggetti interessati. Pur restando una

competenza in capo al servizio della Provincia, con l'intervento dei Centri per l'Impiego, l'azione dell'Asp si sviluppa essenzialmente nella sua funzione di interfacciamento tra l'utente, il Servizio Provinciale, gli enti di formazione (CIOFS, CSAPSA). A fianco del sostegno esercitato per il singolo caso, siamo chiamati ad operare per una crescita della responsabilità sociale delle aziende in cui si inserisce l'appuntamento annuale del 3 dicembre e l'avvio di rapporti con le rappresentanze delle imprese.

Le competenze e le attitudini degli utenti solo in casi rarissimi consentono una occupabilità in contesti lavorativi, necessitando di tempi modi e tutoraggi dedicati. Soprattutto l'area della disabilità intellettiva o psico-fisica tarda ad esitare in inserimenti, e si protrae negli anni una condizione di permanente tirocinio socio-educativo. Dal 2011 al 2012 il numero di utenti che usufruiscono di tali tirocini è aumentato da 116 a 145 persone, e comprende anche alcuni utenti in situazione di 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.

Il sostegno alla domiciliarità

Il mantenimento al domicilio, in supporto all'utente o alla sua famiglia, comporta l'erogazione di aiuti diversi che vanno dall'assistenza tutelare e socio-educativa, alla fornitura dei pasti, all'assegno di cura, ai trasporti sociali.

Mentre è evidente il maggior utilizzo dei servizi domiciliari nell'area di Castel San Pietro Terme, rispetto agli altri Comuni, nella totalità gli utenti sono pressoché stabili da un anno all'altro, così come gli utenti degli assegni 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	145	1	0	0
Casalfiumanese	0	0	0	0
Castel del Rio	0	0	0	0
Castel Guelfo	318	3	0	0
Castel S. Pietro Terme	2.726	12	2.078	7
Dozza	108	3	88	2
Fontanelice	278	3	451	1
Imola	8.267	61	12.824	35
Medicina	892	13	1.095	6
Mordano	186	4	321	2
Totale 2012	12.920	100	16.857	53
Totale 2011	12.316	98	19.767	57

Anche se trattasi di poche unità, le dimissioni di pazienti ricoverati all'Istituto di Montecatone hanno prodotto percorsi di assistenza domiciliare ad elevata intensità oraria.

La residenzialità e la semi residenzialità

Il bisogno di soluzioni alternative alla famiglia ha richiesto di rafforzare i processi di analisi della domanda e di approfondire il sistema della offerta residenziale e semiresidenziale. L'avvenuto accreditamento di alcune strutture del nostro territorio ha visto le equipe professionali dell'ASP (psicologo, assistenti sociali ed educatori) coinvolte verso una graduale differenziazione tra il livello dell'accesso e della raccolta del bisogno e la gestione delle strutture da parte dei diversi soggetti. I cambiamenti avvenuti con l'accREDITamento e le esigenze di una ricomposizione della risposta hanno portato alla necessità per l'ASP e l'Azienda USL insieme, di rivisitare il sistema dell'offerta di strutture residenziali e semiresidenziali nel territorio distrettuale, a partire dalla rilevazione condotta congiuntamente con il settore della cooperazione sociale imolese. Infatti, come si evince dalla tabella, gli inserimenti di utenti disabili realizzati in strutture all'interno del territorio distrettuale sono 49, mentre 34 utenti sono ancora collocati in strutture esterne.

Tab. 17 – N. utenti disabili che risiedono in strutture 2012

Istituto	N.	%
DON LEO COMMISSARI	15	18
IL SOGNO	6	7
ALTRE STRUTTURE NEL NCI	28	34
ALTRE STRUTTURE ESTERNE AL NCI	34	41
TOTALE 2012	83	100
TOTALE 2011	67	

Nel numero di utenti ricoverati nelle residenze sono compresi alcuni pazienti di provenienza psichiatrica e alcuni disabili che hanno usufruito di un periodo di ricovero di sollievo.

Sebbene la storicità di taluni inserimenti e la positività degli stessi non consenta sempre di riavvicinare persone disabili al nostro territorio, i responsabili del caso hanno compiutamente effettuato una importante verifica delle singole situazioni per confermare l'appropriatezza degli inserimenti in corso. Permane l'orientamento, condiviso in ambiente socio-sanitario e soprattutto con le famiglie, a ritardare quanto più possibile l'istituzionalizzazione, offrendo piuttosto, con modalità flessibili e diversificate, soluzioni diurne, di fine settimana, di sollievi temporanei. Gli utenti e i loro familiari sempre più accolgono favorevolmente queste opportunità e la prediligono quale opzione ad essi congegnale e utile al fine di superare un momento di crisi. Questo nuovo approccio da parte delle famiglie e da parte degli operatori ha interpellato positivamente le strutture del privato sociale producendo un grado di variabilità negli inserimenti dapprima non sperimentato.

La residenzialità pertanto, da sempre pensata come una soluzione permanente e duratura nel tempo, si è sperimentata che possa accompagnarsi alla semi residenzialità con programmi flessibili e interscambiabili il cui esito diviene la conservazione di una vita al proprio domicilio.

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) sia soggetti e imprese private.

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

GRAVITA'	CASA AZZURRA GG	UTENTI MEDI	ALI BLU GG	UTENTI MEDI
Livello A	450	2	460	2
Livello B	1091	5	220	1
Livello C	2254	11	771	5
Livello D	1052	5	395	2
Livello E			221	1
Totale 2012	4847		2067	
<i>Totale 2011</i>	<i>4720</i>		<i>2115</i>	

La funzione di accompagnamento dell'utente sostenuta dall'ASP si è rivelata centrale nel promuovere forme nuove e differenziate di residenzialità, così come nella gestione di inserimenti e dimissioni da Centri Diurni e Centri Occupazionali per esigenze di ottimizzazione delle risorse e maggiore appropriatezza.

Tab. 19 – N. utenti disabili che frequentano i centri socio-occupazionali e laboratori protetti

	GIOVANI RILEGATORI	QUATTRO CASTELLI	ZABINA	GIRASOLE	CUBERDON	LA TARTARUGA
N° complessivo utenti iscritti	11	5	13	10	12	32
N° complessivo dei giorni di presenza	1286	790	1866	731	1680	4745

Nel contesto di attività occupazionali, si sono introdotte due tipologie: il Laboratorio Protetto (Giovani Rilegatori, Quattro Castelli, Solco Zabina, Solco Girasole) e il Centro Occupazionale (La Tartaruga e Cuberdon). Con tutti i gestori l'ASP ha attivato forme convenzionali omogenee per tipologia, dando riconoscimento alla specifica attività svolta (sempre con il supporto di ore educatore) e alle giornate frequentate dagli utenti disabili, quale forma propedeutica ad un futuro accreditamento. I progetti individuali, sostenuti al pari degli altri servizi socio-sanitari, dal FRNA, vengono formulati dai Responsabili del caso successivamente alla valutazione e proposta UVM.

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.

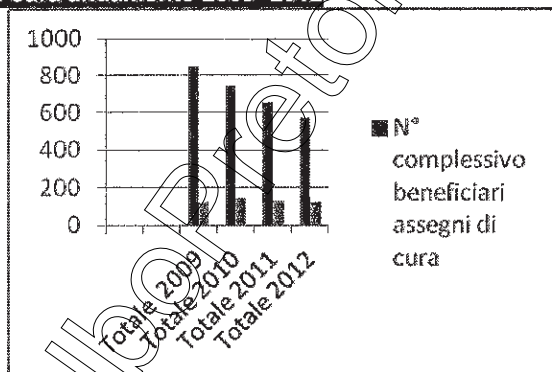
Tab. 20 – N. anziani beneficiari di assegno di cura e relativi importi

Anno 2012	N° complessivo beneficiari assegni di cura	Importo	Tot. contratti di contributo assistenti familiari	Importo
Area Imola – Valmor	396	789.023	80	130.511
Area Nord-Ovest	86	162.221	24	31.948
Area Ovest	89	155.190	20	18.984
Totale 2012 *	571	1.106.436	124	181.444
Totale 2011	654	1.273.878	133	187.049
Totale 2010	739	1.644.114	142	185.068
Totale 2009	843	1.678.139	123	156.287

*al netto recupero

La diminuzione del numero complessivo di beneficiari nell'anno 2012, 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. Per altro la lista di attesa per gli aventi diritto è stata molto limitata durante tutto l'anno.

Graf. 4 – N. contratti assegni di cura andamento 2009- 2012



Servizi domiciliari

All'insieme di contributi economici sopra descritti vanno aggiunti anche interventi territoriali di residenzialità protetta a bassa intensità assistenziale quali le comunità alloggio: il condominio solidale di Imola e gli appartamenti protetti di Medicina. In particolare, nel corso dell'anno è stata avviata l'attività di un nuovo Condominio solidale a Borgo Tossignano attraverso l'individuazione dei destinatari e l'organizzazione dei servizi territoriali necessari a supportare le autonomie dei singoli ed il vivere in comunità.

E' stata avviata inoltre la riorganizzazione di tutti gli appartamenti protetti in carico ad ASP dislocati su tutto il territorio circondariale effettuando un monitoraggio e verifica dei progetti in essere per una riqualificazione del servizio e per favorirne una fruizione di tipo temporaneo e non definitivo.

Il complesso dei servizi a sostegno della domiciliarità è completato dall'assistenza diretta ad anziani non autosufficienti ai quali è fornito il necessario supporto per favorire la loro permanenza nel contesto familiare e territoriale attraverso il Servizio Domiciliare accreditato di Comunità Solidale e Elleuno.

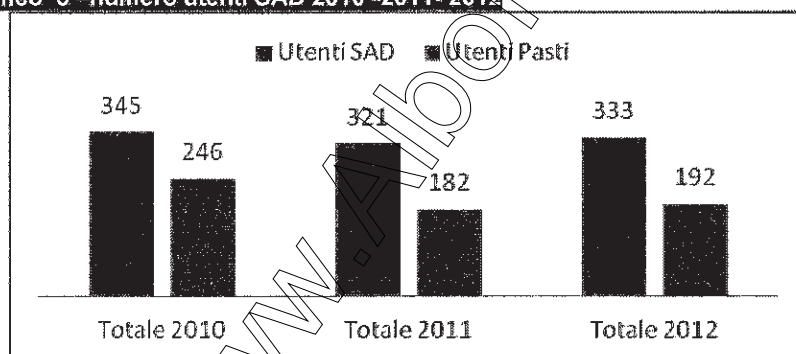
La progettazione di ogni intervento rientrante nella sfera del sostegno alla domiciliarità viene concordata con l'utente e/o, ove presente, con la famiglia e viene esplicitato nel Progetto Individuale di Vita e di Cura l'obiettivo dell'azione di sostegno.

Tab. 21 – N. utenti e ore di servizio di assistenza a domicilio per anziani 2012

2012	Ore SAD	Utenti SAD	Tot. pasti	Utenti Pasti
Borgo Tossignano	99	5	777	6
Casalfiumanese	157	2	0	0
Castel del Rio	74	1	0	0
Castel Guelfo	903	15	467	2
Castel S. Pietro Terme	5.440	79	10.096	47
Dozza	1.308	14	1.329	6
Fontanelice	53	2	41	1
Imola	18.732	149	28.881	102
Medicina	4.609	62	4.185	22
Mordano	1.428	4	1.686	6
Totale 2012	32.803	333	47.462	192
Totale 2011	41.113	321	49.299	182

L'accesso al servizio è stato favorito e autorizzato in tutti i casi in cui l'anziano ne avesse presentato domanda, e proposto in tutti i casi segnalati dai servizi sanitari e dai reparti ospedalieri in occasione di dimissione. Il numero complessivo di utenti appare in aumento a fronte però di una contrazione complessiva delle ore prestate, connotando sempre più il servizio come intervento temporaneo di accompagnamento verso la predisposizione di altre progettazioni.

Grafico 5 –numero utenti SAD 2010 -2011- 2012



L'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, nonché la funzione di controllo e monitoraggio di situazioni critiche per mancanza di rete familiare, risulta aumentata nel corso del 2012, a conferma dell'utilità di servizi connotati da prestazioni ed erogazioni specifiche.

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 Telecompagnia realizzato con AUSER Volontariato. Nel 2012 il servizio si è mantenuto stabile con N°56 utenti fruitori del servizio.

Circa N° 38 persone partecipano mediamente alle iniziative dei "Caffè Alzheimer" organizzate e sostenute dall'Associazione Alzheimer di Imola.

Relazione sulla revisione delle liste di anziani fragili

Una importante attività è stata rappresentata dall'aggiornamento del monitoraggio degli anziani in condizione di vulnerabilità sociale e socio-sanitaria (550 persone) avviato nell'anno 2012, che proseguirà con aggiornamenti semestrali periodici.

Il percorso di attuazione delle azioni previste è stato il seguente:

- Predisposizione del progetto in collaborazione con Associazione Auser ad inizio aprile 2012;
- Invio richiesta agli uffici anagrafe comunali degli elenchi degli anziani ultra 80enni soli o conviventi con altro anziano a metà aprile 2012;
- Gli elenchi richiesti sono pervenuti (in modo informatico o cartaceo) nei mesi di maggio e giugno 2012 (tranne per 1 Comune che per un disguido è pervenuto in settembre);
- Nei mesi successivi l'elenco complessivo risultante è stato oggetto di svariate elaborazioni da parte dell'Ausl e dei servizi socio-sanitari (Servizio Assistenza Anziani /Punto Unico di Accesso) per l'individuazione del Medico di Medicina Generale, la registrazione di ricoveri ospedalieri, l'individuazione di anziani già conosciuti/in carico attivo ai servizi;
- A fine anno 2012 l'elenco di nominativi derivante dalle elaborazioni suddette è stato consegnato all'Associazione Auser per l'inserimento degli anziani contattati e disponibili nell'elenco, già in loro possesso, di persone a rischio di isolamento da contattare periodicamente e per le quali segnalare eventuali criticità ai servizi socio-sanitari.

2.7 Servizi Accreditati per Anziani

Graduatoria per l'accesso alle CRA

Nel corso dell'anno 2012 è stato realizzato un importante riordino del sistema di accesso alle Case Residenza Anziani del territorio che si è reso opportuno a seguito dell'avvio dell'accreditamento delle CRA medesime.

Il percorso di revisione ed adozione di un nuovo regolamento in materia è stato realizzato di concerto ed in collaborazione con tutte le parti interessate: colleghi dell'Azienda Usl, operatori sociali, gestori accreditati, rappresentanti sindacali delle parti sociali.

La Conferenza dei Sindaci ha approvato il nuovo Regolamento di Accesso alle Case Residenza Anziani del Circondario Imolese, stabilendo un regime transitorio nell'applicazione del nuovo regolamento per approntare in maniera graduale gli adempimenti operativi necessari all'attuazione pratica delle nuove modalità previste (revisione modulo di domanda suddividendo l'istanza per le strutture da quella per i servizi territoriali).

ASP ha curato la comunicazione all'utenza già in graduatoria e ha acquisito le informazioni necessarie per rendere la loro scelta iniziale compatibile con le nuove regole, oltre a riformulare il programma informatico per la gestione delle graduatorie.

Gli aspetti principali di revisione dei criteri e delle procedure di accesso alle CRA contenuti nel nuovo regolamento sono i seguenti:

- *Separazione del ruolo di servizio di accesso dal ruolo di gestore della struttura;*
- *Riepilogo in un unico documento delle varie procedure e protocolli in uso per le valutazioni, per la gestione delle graduatorie, per le modalità di accesso ai posti temporanei, per l'utilizzo dei posti non accreditati e dei posti per le gravissime disabilità;*
- *Introduzione di un tempo di attesa per poter fare domanda se si acquisisce la residenza in una struttura privata;*
- *Funzione di "filtro" all'atto dell'incontro con l'utente, da parte dell'A.S., per utilizzare il servizio di CRA in modo appropriato e ridurre il numero di domande improprie;*
- *Nella formulazione della graduatoria è stato ridefinito il ruolo della commissione UVG in particolare nell'individuazione della tipologia di struttura più rispondente alle necessità dell'utente sulla base della intensità clinica ed assistenziale necessaria;*
- *Scelta di ambito territoriale e non di struttura: Area Imola/Vallata/Mordano – Area CSPT/Dozza – Area Medicina; (con eventuale preferenza per necessità legate alla vicinanza delle reti parentali);*
- *Adozione di una Lista di accesso unica a livello distrettuale con possibili opzioni diversificate;*
- *Aggiornamento della graduatoria in tempo reale;*
- *Modalità specifiche di ammissione in relazione alla tipologia di posti occupati.*

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 del Centro Diurno di Imola accreditato ad ASP, nel 2012, rispetto agli anni precedenti, ha registrato un consistente incremento di giornate di presenza infrasettimanali e domenicali degli anziani. Un importante incremento si registra anche per la presenza al Centro Amarcord.

Tab. 22 – attività del Centro Diurno di Imola e del Centro Amarcord

	Centro Diurno			Centro Amarcord		
Anno	2012	2011	2010	2012	2011	2010
Ospiti in carico	39	42	41	47	50	47
Nuovi ingressi	13	21	21	15	16	13
Giorni di presenza	6029	5664	5468	4348	4039	4331
Indice di occupazione	0,92	0,87	0,83	0,91	0,84	0,9

- 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.

Tab. 23 – posti letto case residenza anziani ASP

STRUTTURE RESIDENZIALI	Posti Accreditati NCI	Posti Autorizzati NCI
<u>CRA di Medicina</u>	48	57
<u>CRA "Fiorella Baroncini"(RSA)</u>	70	70
<u>CRA Casa Tozzoli Imola</u>	44	44
T O T A L E PER DISTRETTO	162	171

Le strutture ASP accolgono un totale di 171 posti letto di cui 9 posti non accreditati nella CRA di Medicina. All'interno dei posti accreditati della CRA F. Baroncini sono compresi 7 posti che accolgono temporaneamente pazienti anziani in dimissione ospedaliera e 5/6 posti per l'accoglienza di ospiti con gravi disabilità.

-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 articolata:

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. 24 – classificazione della gravità degli ospiti

Anno	CRA FIORELLA BARONCINI			CRA CASSIANO TOZZOLI			CRA MEDICINA		
	2012	2011	2010	2012	2011	2010	2012	2011	2010
A	10	20	12	22	21	20	8	4	5
B	19	21	21	5	5	4	7	7	6
C	31	19	26	16	17	18	32	37	35
D	0	0	0	1	1	2	0	0	1

In C.R.A. Cassiano Tozzoli, si è registrato un aumento dell'indice di rotazione degli anziani in struttura, in linea con il progetto del nucleo speciale dedicato alle demenze che prevede l'accoglienza anche temporanea, di anziani affetti da disturbi cognitivi e comportamentali. Per il raggiungimento di tale obiettivo si rende necessario trasferire gli ospiti che hanno perso le caratteristiche di elegibilità.

In C. R. A. Fiorella Baroncini l'aumento dell'indice di rotazione degli ospiti temporanei 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. In vista dell'istituzione di un nucleo dedicato all'accoglienza di gravissimi disabili, in corso d'anno il numero degli ospiti accolti è aumentato da 3 a 5/6

In C.R.A. Medicina nell'anno 2012 sono diminuite le giornate di ricovero ospedaliero degli anziani residenti, aumentate le giornate totali di presenza e conseguentemente diminuito l'indice di rotazione.

Tab. 25 – N. ospiti e presenze in casa residenza anziani

dato al 31.12.2012	CRA CASSIANO TOZZOLI	CRA FIORELLA BARONCINI	CRA MEDICINA	CRA CASSIANO TOZZOLI	CRA FIORELLA BARONCINI	CRA MEDICINA
Anno	2012			2011		
ospiti residenti	61	90	76	57	90	89
n° nuovi ingressi	17	27	21	13	27	33
indice di rotazione residenti	1,39	1,43	1,33	1,3	1,43	1,56
gg di presenza totali su posti	15.892	22.713	20.554	15.796	22.596	20.154
n° giornate ricoveri ospedalieri	154	340	202	245	342	489
n° ospiti temporanei		122			117	
indice di rotazione temporanei		17,43			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 2012, 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.

Nel corso dell'anno è stato attivato un percorso di riorganizzazione dei servizi trasversali in cui sono collocati gli operatori con limitazioni funzionali alla mansione di OSS. Tale processo ha permesso l'inserimento di alcuni di questi nelle attività assistenziali di supporto ai nuclei e di sostituzione ai centri diurni.

Il servizio infermieristico è stato assicurato con personale dipendente dell'ente e personale di associazioni di liberi professionisti. Il Coordinamento degli infermieri è stato affidato ad una dipendente dell'azienda AUSL in comando funzionale presso l'ASP.

Il servizio animazione è totalmente gestito con personale ASP in CRA Fiorella Baroncini, in CRA Medicina e al Centro Diurno anziani di Imola, mentre resta affidato in CRA Cassiano Tozzoli ad una Cooperativa sociale.

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

POSTI LETTO DEFINITIVI 44	dato al 31.12.2010	dato al 31.12.2011	dato al 31.12.2012
<i>CRA CASSIANO TOZZOLI</i>	ORE	ORE	ORE
n° ore sostituzione Oss	7.054	4.398	2.103
n° ore complessive erogate	32.001	31.901	32.096
n° ore standard	29.346	29.302	29.559
indice di servizi aggiuntivi (ore erogate/ore standard)	109,05	108,87	108,58
n° ore sostituzione I.P.	4.725	1.718	3.913
n° ore erogate	5.255	5.318	5.455
n° ore standard	5.681	5.555	5.524

POSTI LETTO DEFINITIVI 63 + TEMPORANEI 7	dato al 31.12.2010	dato al 31.12.2011	dato al 31.12.2012
<i>CRA FIORELLA BARONCINI</i>	ORE	ORE	ORE
n° ore sostituzione Oss	5.872	5.663	2.747
n° ore complessive erogate	53.536	51.653	49.480
n° ore standard	48.656	47.517	45.340
indice di servizi aggiuntivi (ore erogate/ore standard)	110,03	108,7	109,13
n° ore sostituzione I.P.	16.382	5.583	5.399
n° ore erogate	17.523	15.722	13.972
n° ore standard	18.065	15.287	13.932

POSTI LETTO DEFINITIVI 57	dato al 31.12.2010	dato al 31.12.2011	dato al 31.12.2012
<i>CRA MEDICINA</i>	ORE	ORE	ORE
n° ore sostituzione Oss	2.194	3.078	2.680
n° ore complessive erogate	35.422	34.964	35.677
n° ore standard	33.402	34.047	35.596
indice di servizi aggiuntivi (ore erogate/ore standard)	106,05	102,69	100,23
n° ore sostituzione I.P.	6.530	3.681	3.808
n° ore erogate	6.680	6.689	6.802
n° ore standard	6.816	6.816	6.816

-Indicatori di qualità

Nel 2012 tutte le strutture dell' ASP, hanno aderito al progetto di miglioramento "IN QUA" promosso dall'Agenzia Sanitaria Regionale che prevede la raccolta di indicatori riferiti a: bagni agli ospiti, contenzione, incontinenza, lesioni da decubito, cadute.

All'inizio del 2012 è stata elaborata la prima edizione della carta dei servizi delle strutture residenziali e semiresidenziali, con l'obiettivo di promuovere trasparenza e informazione sugli standard di qualità erogati dai servizi.

In corso d' anno è stato elaborato un questionario per la rilevazione di soddisfazione degli utenti e dei familiari degli ospiti frequentanti i servizi.

Il questionario è stato presentato e somministrato ai familiari nel mese di ottobre ed ha rilevato complessivamente un esito favorevole in tutti i servizi. Non tutti hanno restituito il questionario compilato e tra quelli restituiti alcuni indicatori non sono stati giudicati.

Tab. 27 – Rilevazione sul gradimento dell'assistenza

CENTRO DIURNO ANZIANI	Insoddisfatto	Poco soddisfatto	Soddisfatto	Molto soddisfatto	Non usufruisce/ Non risposto
Competenza nell'assistenza	0	1,2%	22,4%	40,4%	36%
Qualità dei servizi alberghieri	0	0	35,5%	44,2%	20,3%
Riservatezza e comunicazione	0	0	46,4%	44,9%	8,7%
Gentilezza e cortesia	0	0	21,7%	65,2%	13,1%
Giudizio complessivo	0	0	34,8%	65,2%	0

C.R.A. FIORELLA BARONCINI	Insoddisfatto	Poco soddisfatto	Soddisfatto	Molto soddisfatto	Non usufruisce/ Non risposto
Competenza nell'assistenza	0,2%	7,4%	53,5%	24,1%	14,8%
Qualità dei servizi alberghieri	0,8%	7,5%	48,9%	38,6%	4,2%
Riservatezza e comunicazione	1,1%	3,9%	64,4%	22,8%	7,8%
Gentilezza e cortesia	0	2,9%	56,6%	37,5%	3%
Giudizio complessivo	0	1,7%	66,7%	31,7%	0

C.R.A. CASSIANO TOZZOLI	Insoddisfatto	Poco soddisfatto	Soddisfatto	Molto soddisfatto	Non usufruisce/ Non risposto
Competenza nell'assistenza	1,1%	2,6%	54,6%	29,7%	12%
Qualità dei servizi alberghieri	0,4%	5,6%	48,7%	42,3%	3%
Riservatezza e comunicazione	0	5,1%	58,1%	29,9%	6,9%
Gentilezza e cortesia	0	1,9%	35,9%	52,5%	9,7%
Giudizio complessivo	0	2,6%	51,3%	46,2%	0

C.R.A. MEDICINA	Insoddisfatto	Poco soddisfatto	Soddisfatto	Molto soddisfatto	Non usufruisce/ Non risposto
Competenza nell'assistenza	0,7%	1,7%	45,9%	40,8%	10,9%
Qualità dei servizi alberghieri	0	1,2%	36,5%	55,9%	6,4%
Riservatezza e comunicazione	0	0,8%	54,8%	41,3%	3,1%
Gentilezza e cortesia	0	1,8%	49,4%	44%	4,8%
Giudizio complessivo	0	0	45,2%	52,4%	2,4%

Parte III: Rendicontazione delle risorse disponibili utilizzate

Il dato di maggior rilievo è che il bilancio di ASP è passato da € 31.586.745 del 2010 a € 25.458.041 del 2011 a € 19.013.490 del 2012.

La variazione di bilancio avvenuta in questi anni è il frutto di una molteplicità di azioni, che rappresentano coerentemente la trasformazione conseguente all'accreditamento. Va ricordato che lo Statuto di ASP (art.7) ne definisce l'autonomia gestionale come responsabilità di scelta fra la forma diretta (preferita) per l'erogazione di servizi e prestazioni oppure l'acquisizione di beni e servizi attraverso contratti esterni.

Già nel 2007 si prevedeva che l'ASP potesse richiedere l'accreditamento per i servizi e le prestazioni che produce ed organizza direttamente, e quindi si poteva già prefigurare la revisione del modello iniziale di ASP "a responsabilità complessiva sull'insieme dei servizi finanziati", come per altro è successo.

In sintesi, se l'accreditamento ha comportato una diversa configurazione di ruolo fra Committenza e Gestori, fra i quali ASP va considerata per servizi residenziali per anziani, potrebbe avere stimolato un cambiamento di ruolo anche per quanto riguarda i servizi sociali.

Infatti, da un lato si è confermato il ruolo pubblico del sistema di accesso e la natura diretta dell'erogazione del servizio sociale, dall'altro si è accentuato il ruolo di committenza nei confronti dei gestori dei servizi acquistati ai quali è restituita la responsabilità diretta della loro erogazione.

In questo senso si sono indirizzati molti dei cambiamenti imposti dalla normativa nazionale in tema di trasparenza, in particolare gli obblighi di pubblicazione dei contratti e dei pagamenti hanno reso ancora più necessaria la formalizzazione dei rapporti e delle responsabilità reciproche.

Più in generale, si potrebbe concludere che la stessa ASP sia diventata un'azienda che esercita le sue funzioni come fornitore pubblico nell'area dei servizi accreditati e come committente per conto dei Comuni nell'area dei servizi sociali territoriali.

Per quanto riguarda gli aspetti gestionali, l'anno 2012 ha registrato una continua attenzione al tema del controllo della spesa. Del resto proprio nel 2012 sono stati reiterati e resi cogenti dalla legge finanziaria il divieto di assunzione di operatori e il rispetto del vincolo di spesa per personale interinale al 50% dell'importo 2009.

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.

3.1.Risorse economico finanziarie

L'analisi dei costi di ASP è stata oggetto di un'ampia discussione da parte dei Comuni Soci che hanno chiesto di rendicontare in modo distinto (funzionalmente) i costi dei servizi sociali da quelli dei servizi accreditati.

- Nel primo tipo di spese di conseguenza si sono considerati i costi per i servizi sociali, erogati dal personale di ASP, i servizi di assistenza o tutela erogati direttamente e/o per conto di ASP, le integrazioni economiche alle rette. Un primo elemento in questa direzione è stata la rilettura delle voci di spesa che costituivano sostanziali partite di giro fra entrate e uscite e la conseguente adozione di modelli contrattuali ispirati ai contratti di servizio stipulati per le strutture accreditate anche per le convenzioni per i servizi per disabili. In specifico il cambio di modello è stato da ASP unico committente di fronte ai fornitori esterni, che si faceva carico del pagamento delle intere rette, e successivamente riscuoteva da AUSL e da Utenti le rispettive quote, a ASP responsabile direttamente solo delle quote di integrazione sociali.
- Nel secondo tipo di spesa, si sono considerati i costi per i servizi accreditati, per i quali con il 2012 è giunto a pienezza la separazione fra i costi alimentati da risorse proprie, che comprendono le rette degli utenti, il contributo del FRNA e il corrispettivo da NCI per i servizi sovra standard, e i costi coperti a pareggio con la quota indistinta dei Comuni.

Premesso che ASP è una Azienda circondariale e il bilancio è unico, pertanto non è formulato per Comune, su richiesta dell'Assemblea dei Soci anche per il 2012 sono state determinate a scopo di approfondimento le quote di finanziamento dei Soci attribuibili separatamente ai servizi sociali e ai servizi accreditati.

TAB.28 – SINTESI COSTI ASP (PREVENTIVO) PER TIPOLOGIA DI SERVIZIO E DETTAGLIO RICAVI DA COMUNI

	Servizi accreditati ASP			Servizi Sociali ASP	
	Totale costi	Finanziati da NCI	Finanziati da Comuni	Totale costi	Finanziati da Comuni
Previsione 2012	8.510.250	774.393 (9,09%)	660.200 (6,76%)	10.095.052	5.902.300 (58,47%)
Previsione 2013	8.334.033	696.747 (8,36%)	440.300 (5,28%)	9.025.000	5.672.700 (62,86%)

La redazione delle tabelle analitiche per le diverse tipologie di spesa sarà oggetto di uno specifico documento che verrà predisposto entro alcuni mesi, utilizzando i dati di consuntivo.

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

3.2. Risorse umane

Il patrimonio aziendale più prezioso è rappresentato dai suoi dipendenti. Alla fine dell'anno 2012, 198 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 per lo più di operatori socio-sanitari (85 persone).

TAB. 29– Distribuzione del personale per categoria

Profili Professionali	Dotazione 31.12.12	%	Dotazione 31.12.11	%
Ruolo Dirigenziale	2	1,01	2	0,96
Categoria D	53	26,77	56	26,79
Categoria C	34	17,17	35	16,75
Categoria B3	3	1,52	3	1,44
Categoria B	106	53,54	113	54,07
TOTALE GENERALE	198		209	

-La carta d'identità del personale dipendente

Nel corso dell'anno 2012 l'amministrazione ha predisposto la definizione di tutti i Profili professionali aziendali per l'inquadramento del personale e ha completato l'istruttoria con il confronto con le parti sindacali per una loro approvazione entro il primo semestre 2013.

A seguito dell'accordo integrativo aziendale si è potuto completare il passaggio dei 6 operatori provenienti dal Contratto Sanità al Contratto Enti Locali.

Nell'anno 2012 si sono verificate 12 dimissioni, di cui 3 Infermieri, 7 operatori OSS, 1 Operatore ai servizi ausiliari e tecnici e 1 amministrativo. E' stata effettuata l'assunzione di 1 operatore OSS in mobilità e si è proceduto al passaggio a tempo pieno di un'unità di operatore amministrativo. E' stato modificato il profilo di un istruttore amministrativo in istruttore ai servizi socio-educativi.

Permangono in comando o distacco 5 dipendenti. Presso ASP è stato comandato da AUSL 1 coordinatore infermieristico.

- Gestione del rischio e della sicurezza

Nell'anno 2012 sono stati registrati n. 12 infortuni (dato in netto miglioramento rispetto all'anno precedente: sette infortuni in meno) riconducibili ai rischi dell'attività lavorativa e 5 infortuni in itinere.

Sono stati effettuati i seguenti corsi di formazione nell'anno 2012: corso di aggiornamento per i Rappresentanti dei Lavoratori per la sicurezza e corso per addetti alle misure di primo soccorso e l'aggiornamento del medesimo corso per gli addetti in scadenza triennale; è stato completato il corso di formazione ed addestramento, per OSS, Infermieri e RAA, in materia di movimentazione manuale degli anziani e il corso (alto rischio) per addetti alle misure antincendio ed evacuazione.

Con riferimento al programma di sorveglianza sanitaria attuato nel corso dell'anno 2012, sono state effettuate n. 139 visite mediche che in 86 casi hanno determinato un giudizio di idoneità totale, in un caso una non idoneità definitiva, in un caso una non idoneità temporanea e nei restanti 43 casi idoneità allo svolgimento della mansione con prescrizioni o con limitazioni.

All'inizio del 2012 si è registrata una prevalenza di personale con inidoneità importanti di 22 persone, pari al 11,11%, ugualmente distribuite fra guardaroba e portinerie. Sono state intraprese molte azioni per un utilizzo parziale nelle attività di assistenza che hanno comportato modifiche organizzative nei vari servizi.

TAB. 30– Situazione personale con idoneità limitata

Servizio	Inidonei al 31.12.2011	Dimessi per inidoneità completa 2012	Recupero idoneità 2012	Nuovi inidonei 31.12.12	Inidonei al 31.12.2012
Guardaroba CRA Imola e Medicina	11	1			8
Portineria Imola RSA, Alzheimer, Venturini,	11			1	10
Reparti, centri diurni, altri servizi			1	1	4
Totale	22	1	1	2	22

-La formazione

Anche nel 2012 sono stati effettuati numerosi eventi di formazione e di aggiornamento, sia per il personale impegnato nei servizi residenziali accreditati, sia per gli operatori afferenti i servizi sociali territoriali e l'area tecnico amministrativa.

Per gli operatori che operano nelle Case Residenze e nel Centro Diurno per anziani sono stati organizzati 17 eventi formativi, riconducibili a due macro aree: quella relativa a temi ricorrenti per la buona gestione del rischio, della sicurezza e del pronto intervento, cosiddetta "formazione obbligatoria", e quella orientata ad implementare il livello di qualificazione delle diverse professionalità e far emergere le buone pratiche assistenziali.

Nell'ambito dei servizi accreditati, OSS, Infermieri, Terapisti, Animatori, RAA e Coordinatori sono stati complessivamente impegnati in 1.680 ore di formazione e /o aggiornamento.

Gli operatori sociali afferenti ai servizi sociali territoriali sono stati coinvolti durante l'anno in 40 tra eventi formativi e giornate di aggiornamento professionale: una ventina di iniziative sono state dirette in particolare agli Assistenti Sociali ed agli Educatori impegnati nell'Area dei Minori, mentre l'altra metà di proposte formative è stata indirizzata agli Operatori Sociali impegnati nell'Area Adulti Anziani.

I temi trattati relativamente all'Area Minori hanno riguardato in particolare: la tutela giuridica del minore, il maltrattamento, il sostegno alla genitorialità ed il lavoro con le famiglie.

Gli argomenti maggiormente trattati dagli Operatori dell'Area Adulti Anziani sono stati: la protezione sociale e giuridica del disabile, la violenza sulle donne, l'assistenza alle persone con malattia di Alzheimer ed ai loro familiari.

Per l'Area Tecnico Amministrativa in ambito formativo sono stati sviluppati i temi connessi all'applicazione delle nuove normative in materia di: contratti, appalti, acquisti, accreditamento, personale, amministrazione aperta, ecc.

In generale poi tutti gli operatori sono stati coinvolti in momenti di aggiornamento per l'informatizzazione dei dati di attività e dei dati sugli utenti, sia per favorire un costante monitoraggio dell'attività svolta e della spesa sostenuta, sia per il necessario allineamento con i sistemi informativi provinciali e regionali.

-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. Il fondo utilizzato nel 2012 è pari a € 932.000 a fronte di uno stanziamento di € 953.000.

TAB. 31 – Fondo accordo integrativo

DESTINAZIONE RISORSE	Fondo 2010	Fondo 2011	Fondo 2012
Indennità di comparto	91.000	91.000	94.000
Progressioni orizzontali	350.000	340.000	310.000
Indennità di posizione PO + IPR	152.000	153.000	157.000
Indennità di risultato APO	27.000	26.000	25.000
Totale istituti fissi	620.000	610.000	586.000
Turno/chiamata/rischio/valori	266.000	265.000	254.000
Produttività/progetti individuali	110.000	115.000	113.000
Totale istituti variabili	376.000	380.000	367.000
Totale fondo	996.000	990.000	953.000

- Le assenze e le presenze

Gli indici di assenza e presenza sono pubblicati mensilmente sul sito. Analizzando le assenze per ciascuna tipologia di equipe con un dettaglio maggiore, risulta che le equipe nelle quali sono state maggiori le assenze per maternità sono state le equipe sociali per minori di Imola e quelle di area Ovest e Nord-Ovest.

Escludendo le assenze per maternità, il numero medio di giorni di assenza per dipendente nel 2012 è risultato pari a 24,87, in netto miglioramento rispetto al 2011 che aveva registrato un numero pari a 32,18.

Le cause di assenza sono state principalmente la malattia, pari a 16,39 giorni medi, che si è mantenuta nei valori 2011, mentre l'utilizzo di permessi per la L.104, pari a 6,09 giorni medi, è aumentata rispetto al 2011 (4,86).

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 Ipab 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. Nel 2012 sono stati completati i lavori di imbiancatura interna di tutta la struttura di Via Venturini oltre a manutenzioni straordinarie dell'area di smistamento pasti.

Il patrimonio non vincolato è rappresentato dall'immobile storico denominato "Villa Clelia", sito in Imola in via Villa Clelia, 63, che è rimasto in concessione in uso gratuito al Comune di Imola fino per tutto il 2012 al fine di consentire allo stesso di ristrutturare dei plessi scolastici che ospitano scuole dell'infanzia comunali a Zolino, Fontanelle, Campanella, che necessitavano di interventi radicali non compatibili con la presenza dei bambini. Il resto del patrimonio non vincolato è situato nel Comune di Borgo Tossignano (BO), in località Tossignano; l'Azienda è proprietaria di 4 locali ad uso ufficio posti al piano terra di una palazzina residenziale. Di tali locali, 2 sono concessi in uso gratuito ad un'associazione di volontariato del territorio e i rimanenti 2 attualmente non sono utilizzati, salvo la possibilità di concederli in uso, qualora si ravvisassero manifestazioni di interesse al riguardo. In prossimità della palazzina di cui sopra, l'Azienda è proprietaria di alcuni posti auto su cui grava un diritto di uso gratuito a favore di privati.

Infine, sempre in Comune di Borgo Tossignano, l'Azienda è proprietaria di alcuni terreni edificabili. Su parte di essi è terminata la costruzione di un Condominio del Buon Vicinato composto di otto unità abitative più un'unità per la famiglia tutor, che è stato destinato alla popolazione anziana ed è stato attivato nell'ultimo trimestre del 2012, 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. Raggiunta l'intesa nel 2011, a seguito della quale è stato individuato un nuovo appaltatore per concludere i lavori relativi al condominio, sono stati eseguiti i lavori per mettere in sicurezza e rendere agibile lo stabile entro luglio 2012. Purtroppo, le due aste per la vendita del terreno edificabile sono andate deserte.

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 Stiasci



Castel S. Pietro Terme, 26 aprile 2013