

Piano di Zona
dell'Ambito Distrettuale 5.1 di
CERVIGNANO DEL FRIULI

Triennio 2013 - 2015

INDICE DEL PIANO DI ZONA

	Pag.
▪ PREMESSA	5
▪ 1. IL PROFILO DI COMUNITA'	9
1.1 Il Contesto di riferimento	10
- 1.1.1. La popolazione residente	10
- 1.1.2 Il tessuto economico-produttivo	18
- 1.1.3 Il mercato del lavoro	19
- 1.1.4 Le condizioni ambientali della Bassa Friulana	21
1.2 I bisogni della popolazione	23
- 1.2.1 Analisi della domanda	23
1.3 I servizi e le risorse disponibili	29
- 1.3.1 Gli interventi e i servizi sociali, sanitari e sociosanitari	29
- 1.3.2 L'offerta non istituzionale del territorio	32
1.4 Il quadro interpretativo	34
- 1.4.1 Aspetti demografici	34
- 1.4.2 I bisogni della popolazione	35
- 1.4.3 L'offerta del territorio	35
- 1.1.4 Il punto di vista dei tavoli tematici	35
▪ 2. LA GOVERNANCE DEL PROCESSO DI PIANIFICAZIONE	39
▪ 3. AZIONI DI SISTEMA	45
- 3.1 Le azioni di sistema dell'area sociale	45
3.1.1 Scheda PDZ N. 1 – GOVERNANCE SOCIALE	47
Obiettivo regionale 1.1	47
Obiettivo regionale 1.2	49
3.1.2 Scheda PDZ N. 2 – CONSOLIDAMENTO DEL GOVERNO DEL SISTEMA INTEGRATO	50
Obiettivo regionale 2.1	50
3.1.3 Scheda PDZ N. 3 – STABILIZZAZIONE/CONSOLIDAMENTO DEI LIVELLI DI PRESTAZIONE	52
Obiettivo regionale 3.1	52
- 3.2 Le azioni di sistema area integrazione sociosanitaria	57
3.2.1 Scheda PDZ N. 4 – INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA: OBIETTIVI COMUNI A TUTTE LE AREE	59
Obiettivo regionale 4.1	59
Obiettivo locale 4.1.1	61
Obiettivo regionale 4.2	62
Obiettivo regionale 4.3	64
Obiettivo regionale 4.4	65
Obiettivo regionale 4.5	66
Obiettivo regionale 4.6	67

▪ 4. AREE DI INTERVENTO: OBIETTIVI STRATEGICI, PRIORITA' DEL PDZ, AZIONI, TEMPI E RISORSE	69
4.1.1 AREA MINORI E FAMIGLIA	69
4.1.1.1 Scheda PDZ N. 5 – INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA – AREA MATERNO – INFANTILE – Infanzia e adolescenza	71
Obiettivo regionale 5.1	71
Obiettivo regionale 5.2	73
4.1.2 AREA FAMIGLIA E GENITORIALITA'	75
Obiettivo regionale 10.1	76
4.2 AREA DISABILITA'	78
4.2.1 Scheda PDZ N. 6 – INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA - AREA DISABILITA'	82
Obiettivo regionale 6.1	82
4.3 AREA ANZIANI	84
4.3.1 Scheda PDZ N. 7 – INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA - AREA ANZIANI	84
Obiettivo regionale 7.1	86
Obiettivo regionale 7.2	87
4.4 AREA DIPENDENZE E SALUTE MENTALE	89
4.4.1 Scheda PDZ N. 8 – INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA – AREA DISABILITA', DIPENDENZE E SALUTE MENTALE IN TEMA DI INSERIMENTO LAVORATIVO	91
Obiettivo regionale 8.1	91
4.5 AREA POVERTA', DISAGIO ED ESCLUSIONE SOCIALE	92
4.5.1 Scheda PDZ N. 9 – INTEGRAZIONE CON LE POLITICHE DEL LAVORO – MISURE DI CONTRASTO ALLA POVERTA'	92
Obiettivo regionale 9.1	92
▪ 5. LE RISORSE DEL PDZ	95
▪ 6. IL MONITORAGGIO, LA VERIFICA E LA VALUTAZIONE DEL PIANO DI ZONA	97
▪ 7. IL PROGRAMMA ATTUATIVO ANNUALE	99

ALLEGATI

- A) - Scheda anagrafica del SSC
- B) - Protocolli/intese
- C) - Nomenclatore
- D) – Allegato 3.1 Obiettivo 3.1
- E) – Funzioni delegate SSC
- F) – Profilo di comunità - TABELLE

PREMESSA

La Regione Friuli Venezia Giulia, nell'emanare le linee guida per la predisposizione dei Piani di zona 2013-2015, ha voluto da una parte collocare detta programmazione in continuità con quella precedente del triennio 2006-2008, valorizzando quanto di positivo era stato fatto, dall'altra ha voluto dare a questo Piano di Zona la valenza di "strumento permanente di governo locale dei servizi sociali e sociosanitari qualificandolo quale piano regolatore del sistema integrato".

Per dare concretezza a questa impostazione si è rilevato come strategico considerare da una parte la valenza triennale del Piano di zona, dall'altra considerare la declinazione annuale degli strumenti programmatori dei diversi attori in gioco come i Comuni e l'Azienda per i servizi sanitari. Si è così individuato nel PAA, Piano Attuativo Annuale, lo strumento programmatico particolarmente importante per realizzare nel concreto, con le risorse in gioco, le previsioni generali e strategiche del Piano di zona.

La nuova impostazione data agli strumenti di programmazione appare, pertanto, più funzionale al perseguimento degli obiettivi generali e specifici, determinabili questi ultimi anno per anno, considerati gli adeguamenti necessari dettati dalla disponibilità alle risorse.

Appare importante, alla luce di queste considerazioni, sottolineare la complessità del momento storico nella quale si colloca questa programmazione del sistema di welfare locale e la delicatezza del rapporto fra programmazione e risorse.

Se nella scorsa tornata programmatica è stato possibile tendere allo sviluppo di progettualità innovative ed appariva chiara la correlazione fra nuovi e maggiori servizi e maggiori risorse finanziarie, oggi ci si trova a fare i conti con uno scenario nuovo e complesso, dove il sistema consolidato appare minacciato dalla scarsità delle risorse economiche.

Cosa vuol dire programmare il sistema di welfare locale in tempo di crisi? Ecco la domanda che ci si deve fare come amministratori pubblici senza cadere nell'impotenza che può generare la lettura delle difficoltà quotidiane che a cascata stanno vivendo lo stato, la regione e gli enti locali e i cittadini stessi. Ci si chiede se proprio le mutate condizioni del contesto richiedano nuovi investimenti nella programmazione, stretta oggi fra la scarsità delle risorse e la crescente complessità delle problematiche da affrontare.

Nel presentare questo Piano di zona 2013-2015 è stata fatta la scelta strategica di investire nelle politiche sociali e sociosanitarie, consapevoli che solo un presidio a livello territoriale possa mantenere alta l'attenzione verso il sistema di protezione sociale, non rinunciando ad una essenziale funzione di governo. Oggi più che mai è necessario razionalizzare ed integrare le risorse, mettendo in luce le priorità a cui vanno destinate ed evitando la loro polverizzazione.

Siamo d'accordo con De Ambrogio quando dice che il Piano di zona "può invece proprio essere lo strumento funzionale a contrastare la riduzione delle risorse, per esempio rilanciando e potenziando la gestione associata di servizi ed interventi...per esempio promuovendo una effettiva integrazione sociosanitaria di tipo gestionale ed operativo, che persegua reciprocità di intenti ed economie di scala nella collaborazione fra comparto sociale e sanitario; per esempio assumendo una concezione ampia di politica sociale che permetta di connettere politiche socio-assistenziali tradizionali con forme di contrasto delle nuove povertà, politiche attive del lavoro, della casa, ecc." (1).

Altra linea guida di questa programmazione in tempo di crisi è lo sforzo per la riqualificazione del personale e dei servizi istituzionali sia sociali che sociosanitari e questo

aspetto è particolarmente rilevante in tutte le parti della programmazione che riguardano le azioni di sistema nell'integrazione sociosanitaria.

“Da tempo alcuni studiosi hanno messo in luce come i “territori”, le comunità, i “mondi locali” possano costituire ambiti privilegiati per costruire condizioni di sviluppo economico, per sperimentare cambiamenti e promozione di legami sociali” (2). Questa considerazione ci riporta alla centralità dei “microcontesti” dove è ancora possibile impegnarci per verificare la possibilità di reagire e realizzare cambiamenti a favore delle comunità.

La forte coesione dei Comuni nella forma della gestione associata del Servizio Sociale, la rinnovata collaborazione con L'Azienda per i servizi sanitari n. 5 “Bassa Friulana” per la sfida dell'integrazione sociosanitaria, il nuovo rapporto con il Servizio Sociale dei Comuni dell'Ambito di Latisana, il rapporto costruttivo con il Consorzio per la gestione dei servizi ai disabili (CAMPP), il ritrovato confronto con gli organismi del terzo settore nei tavoli tematici, rappresentano il valore aggiunto di questa nuova e difficile stagione programmatoria e ci fanno sperare di andare nella direzione giusta per costruzione di nuovi modelli di welfare.

Il Presidente dell'Assemblea dei Sindaci
dott. Gianluigi Savino

(1)Ugo De Ambrogio, Il futuro della programmazione territoriale, in Prospettive Sociali e Sanitarie n.2/2012

(2) Franca Olivetti Manoukian, Lavorare per la costruzione di un welfare territoriale, in Prospettive Sociali e Sanitarie n. 6/2012

Alla luce delle indicazioni metodologiche che la Regione ha definito per guidare il percorso di costruzione del Piano di Zona, l'ASS 5 ha elaborato le proprie linee strategiche a supporto della partecipazione alla pianificazione locale integrata degli Ambiti Distrettuali della Bassa Friulana, linee che sono state rappresentate nelle Assemblee dei Sindaci e condivise.

La strategia aziendale si muove, in coerenza con le strategie di welfare regionale, da una prioritaria attenzione ai bisogni emergenti dei residenti della Comunità, di una popolazione, cioè, che si caratterizza particolarmente, come nel più ampio territorio regionale, con fenomeni di denatalità, di invecchiamento e di diffusa precarietà sociale complessa.

Uno scenario che richiama ad una definizione di servizi ed interventi integrati, che dovranno prima di tutto soddisfare i Livelli essenziali di assistenza, con risposte appropriate e sostenibili alla luce delle risorse attualmente assegnate. Un'organizzazione che dovrà proporsi il più possibile omogenea in tutto il territorio aziendale e dovrà prevedere un' ampia partecipazione anche dei soggetti di terzo settore, valorizzando un aspetto della mission aziendale che nel corso di questi ultimi anni è già stato sviluppato con progettualità di rilievo.

In tal senso, si richiamano ulteriori principi, quali Apertura, Partecipazione, Responsabilità, Efficacia e Coerenza, ovvero i principi guida che sono considerati la base per un adeguato sviluppo locale (Libro Bianco sulla Governance emanato dalla UE).

La partecipazione ai nuovi Piani di Zona ripropone, quindi, non solo la necessità di rinforzare l'integrazione sociosanitaria, ma anche la necessità di sviluppare e valorizzare la sussidiarietà orizzontale e la responsabilità diffusa della società civile nella costruzione dei percorsi di salute all'interno della Comunità locale.

Lo stesso Piano sanitario nazionale 2011-2013 richiama l'importanza della partecipazione del Servizio sanitario alla definizione e alla condivisione delle politiche che coinvolgono i determinanti di salute, ovvero degli elementi che, interagendo con l'ambiente, conservano o modificano le condizioni di salute degli individui e delle comunità nel corso della loro vita. E' fondamentale, quindi, un'attenzione del comparto sanitario agli aspetti sociali di singoli e famiglie; è importante lo sviluppo di politiche integrate (sanità, lavoro, casa....) per fronteggiare la complessità dei bisogni emergenti.

Il Direttore Generale
dell'ASS 5 "Bassa Friulana"

dott. Paolo Bordon

1. PROFILO DI COMUNITA'

PRESENTAZIONE

Nelle pagine che seguono, verranno messe in luce le principali dinamiche che caratterizzano l'Ambito distrettuale 5.1, con riferimento agli aspetti demografici, al mercato del lavoro e all'assetto economico produttivo, agli utenti in carico ai Servizi Sociali dei Comuni, allo stato di salute della comunità. Si premette che si è scelto di valorizzare le informazioni più utili ai fini della pianificazione socio-sanitaria, obiettivo del Piano di Zona¹.

SINTESI

- La popolazione residente nei Comuni dell'Ambito distrettuale nel 2010² ammonta a 55.655 unità ed è in costante aumento; gli stranieri hanno raggiunto il 5,8 della popolazione totale (pari a 3.226 unità)
- Nel periodo 2003-2010 la popolazione residente nei Comuni dell'Ambito distrettuale è aumentata in proporzione maggiore di quanto avvenuto in Provincia e in Regione
- Nel periodo 2006-2010 sono aumentati principalmente anziani e minori
- Nel 2010, le famiglie sono 23.872, con un aumento del 18,2% rispetto al censimento del 2001 ma con un numero medio di componenti che passa da 2,56 nel 2001 a 2,31 nel 2010
- L'andamento delle imprese attive (-7% tra 2006 e 2011) è maggiormente negativo rispetto a quello provinciale e regionale
- L'andamento dei saldi tra iscrizioni e cessazioni ha subito un forte peggioramento nel 2008 (quando la differenza era pari a -168 unità); anche negli anni successivi, comunque, si è mantenuto decisamente negativo
- I dati provinciali e regionali relativi ad assunzioni e cessazioni mostrano una ripresa, seppur modesta, del mercato del lavoro nel 2010 e ancor più nel 2011, con una progressiva riduzione del saldo tra assunzioni e cessazioni, rimanendo comunque negativo
- Si contraggono gli inserimenti dei lavoratori disabili
- Nel 2011, i soggetti in carico ai SSC nell'intero ambito distrettuale sono stati 1.785, in aumento dal 2008. Si tratta prevalentemente di soggetti appartenenti alla fascia anziana (46%) e adulta (40%) della popolazione.
- L'incidenza degli utenti sulla popolazione è passata dall'1,7% del 2008³ al 2,97% del 2010 ed è comunque inferiore a quella provinciale (3,3%) e regionale (3,8%)

¹ Si premette che si cercherà di operare dei confronti primariamente con i dati relativi al Piano di Zona precedente (anni 2003-2004) e al successivo aggiornamento degli stessi, anno 2008.

² Il dato fa riferimento all'ultimo dato Istat disponibile valido

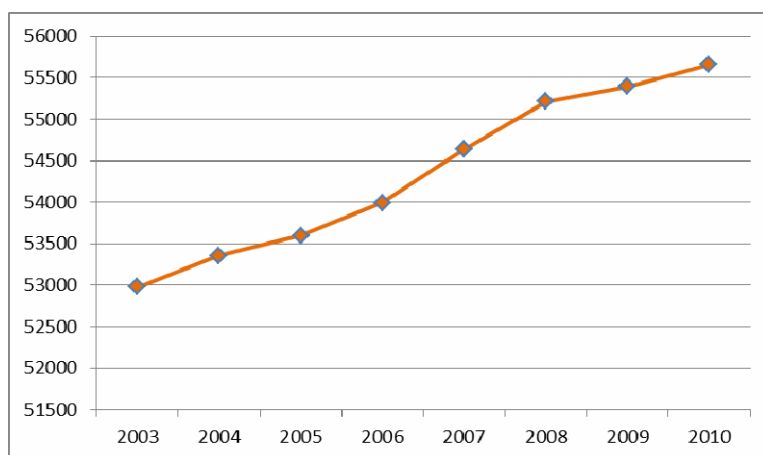
- I cittadini italiani in carico rappresentano il 93% del totale della casistica
- La casistica minorile ha rappresentato il 14% degli utenti (pari al 3% della popolazione minorile)
- La casistica adulta ha rappresentato il 40% degli utenti (pari al 2,1% della popolazione adulta)
- La casistica anziana ha rappresentato il 46% degli utenti (pari al 6,5% della popolazione anziana)
- Nel territorio dell'ambito distrettuale hanno sede 43 organizzazioni di volontariato (OdV) iscritte all'albo regionale, equivalenti al 10,5% del totale provinciale. Sono inoltre presenti con una propria sede 9 associazioni di promozione sociale (APS).

1.1. IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

1.1.1. La popolazione residente

La popolazione complessiva dell'Ambito distrettuale 5.1 di Cervignano del Friuli al 31 dicembre 2010 si attesta su 55.655 unità (con una densità demografica di 188,78 ab. per kmq). Nel periodo 2003-2010, la popolazione residente è cresciuta, in proporzione maggiore di quanto avvenuto in Provincia di Udine e in Regione (5,1% contro il 3,1% di entrambi gli altri livelli territoriali) (Fig.1).

Figura 1 - Andamento popolazione. Anni 2003-2010



Fonte: Elaborazione su Dati OPS Provincia di Udine

Guardando la situazione dei singoli comuni nel quinquennio 2006-2010 (Tab.1 Allegato 1)., colpisce il comune di *Fiumicello*, la cui popolazione è cresciuta nel suddetto periodo del 7,4%, il doppio rispetto al dato complessivo di ambito.

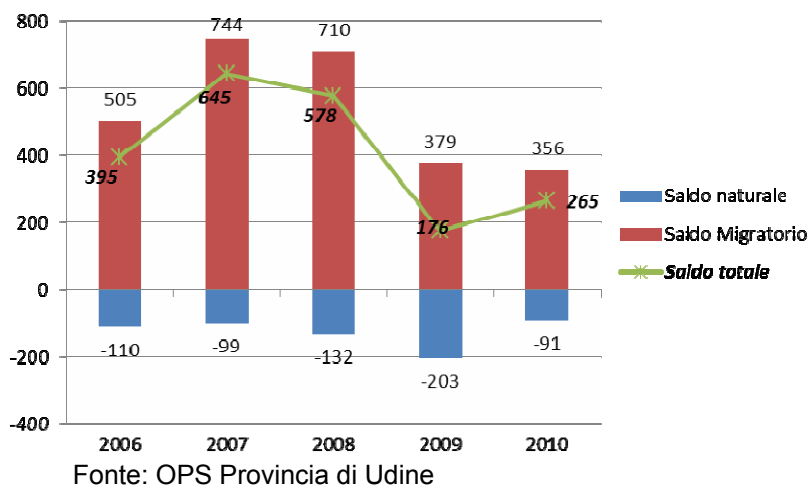
Anche il comune di *Cervignano del Friuli* ha registrato una rilevante crescita della popolazione, con una variazione del 5,7%.

³ Il 2008 è il primo anno di validazione dei dati provenienti dalla CSI

Un solo comune ha registrato un decremento della popolazione, *Chiopris-Viscone* (-0,9%). Si segnala inoltre che due comuni, *Aquileia* e *Villa Vicentina*, pur non mostrando una variazione negativa, sono cresciuti poco, rispettivamente dello 0,2% e dello 0,1%.

La crescita complessivamente registrata nel periodo 2006-2010 è il risultato di un saldo demografico positivo, frutto di un saldo migratorio sempre positivo (più elevato negli anni 2007-2008) che ha compensato il saldo naturale complessivamente negativo (Fig.2). Si segnala nel 2010, in controtendenza rispetto agli altri comuni, il saldo naturale positivo (maggiore numero di nati rispetto ai morti) per Trivignano Udinese (+10) e Villa Vicentina (+4).

Figura 2 - Andamento del saldo naturale, migratorio e totale nell'ambito distrettuale 5.1 Cervignano: anni 2006 -2010.



Con riferimento all'anno 2010, relativamente ai tassi demografici generici⁴ si rileva che (Tab.1):

- il tasso di natalità, pari al 9,1 per mille (superiore a quello provinciale e regionale) è in crescita rispetto al precedente PDZ (7,7 per mille). Nel 2010, i nati sono stati 505 (di cui 47 stranieri).
- il tasso di fecondità, pari a 42,1, indica che 1000 donne potenzialmente feconde hanno dato alla luce circa 42 figli. Il dato, superiore anche in questo caso sia a quello provinciale che regionale, segna un deciso incremento anche rispetto al 2004 (34,1).
- il tasso di mortalità indica che ci sono stati 10,7 morti ogni mille abitanti. Il dato, inferiore a quello provinciale e regionale, è in calo rispetto al PZ precedente (12,2).

Nel periodo 2006-2010, l'andamento delle nascite è stato altalenante: il decremento maggiore è stato registrato tra il 2006 e il 2007 (-8,3%). L'incremento maggiore tra 2009 e 2010 (+19,1%) quando i nuovi nati sono stati 505. Le variazioni registrate a livello di Ambito Distrettuale sono sempre state superiori a quelle della Provincia di Udine e della Regione. Il numero di nati stranieri ha subito un calo nel 2009, poi è cresciuto nuovamente ma in maniera inferiore agli anni precedenti (Tab.3 e Graf.1 Allegato 1).

⁴ Per ulteriori approfondimenti, si veda anche la Tabella 2 dell'Allegato 1

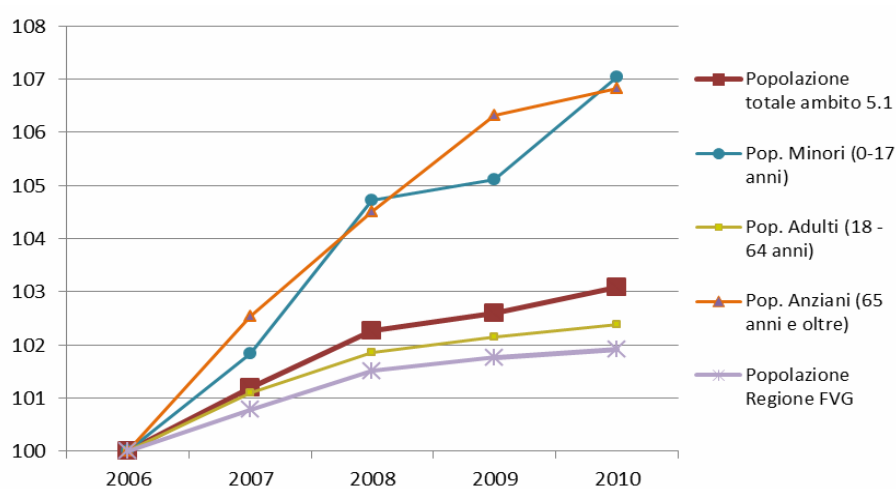
Tabella 1 - Tassi demografici generici. Anno 2010

		Ambito Cervignano	Regione FVG	Prov. UD	Ambito Latisana
Tasso natalità	di	9,0/1.000	8,4/1.000	8,2/1000	8,2/1.000
Tasso fecondità	di	42,1	39,2	37,7	37,2
Età media al parto	al	32,5	32	32,3	32
Tasso mortalità	di	10,7/1.000	11,4/1.000	11,1/1000	10,3/1.000
Tasso immigratorietà	di	5,1	7,1	6	6,9
Tasso emigratorietà	di	1,6	2,3	2,2	1,6

Fonte: Elaborazione su dati OPS Provincia di Udine

Nel periodo 2006-2010 sono cresciuti principalmente i minori e gli anziani (Fig.3 e Tab.4 Allegato 1), Sta dunque potenzialmente aumentando il carico assistenziale. Nel 2010, l'età media si attesta a 45,15 anni, leggermente più elevata rispetto alla media provinciale.

Figura 3 – Andamento della popolazione residente. Anni 2006-2010



Fonte: OPS Provincia di Udine

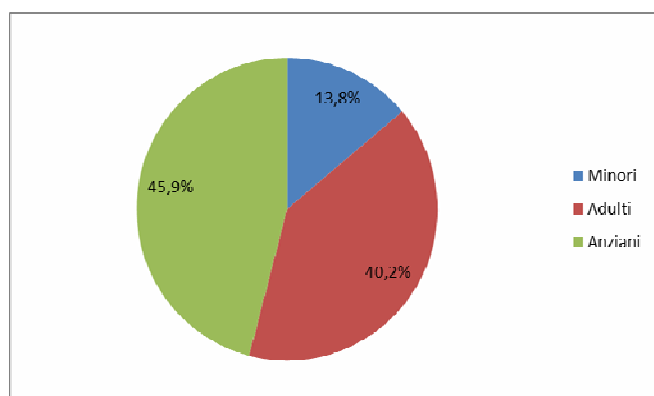
Andando maggiormente nel dettaglio, al 2010, l'indice di vecchiaia⁵ riflette la presenza di 1,82 anziani per ogni minore 0-14 residente, mentre l'indice di dipendenza strutturale⁶, pari a 54,39% risulta essere leggermente inferiore a quello regionale e provinciale. Un indice di dipendenza strutturale superiore al 50% è sinonimo di un numero elevato di anziani e ragazzi di cui la popolazione attiva deve potenzialmente occuparsi. La lettura di questo indice va accompagnata con un'analisi più specifica delle componenti in cui esso può essere scisso: l'indice di dipendenza giovanile e l'indice di dipendenza degli anziani. A questo proposito si può notare che è la popolazione anziana ad avere il maggior peso

⁵ L'indice di vecchiaia è espresso dal rapporto tra il numero degli ultra sessantacinquenni e il numero dei minori con meno di 15 anni.

⁶ L'indice di dipendenza strutturale è dato dal rapporto tra la popolazione inattiva su quella in età lavorativa

sull'indice (35,11%). Entrambi gli indici sono cresciuti rispetto al precedente PDZ: l'indice di vecchiaia di un punto percentuale, quello di dipendenza di quasi 7 punti percentuali.

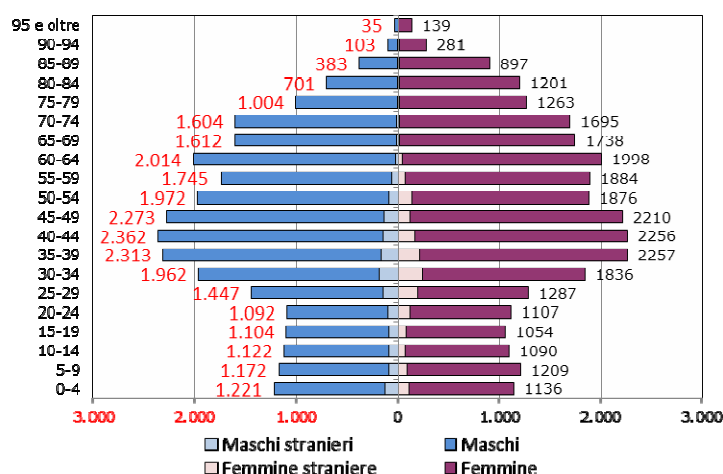
Figura 4 - Popolazione per classi d'età



Fonte: Elaborazione su Dati OPS Provincia di Udine

Ragionando in valori assoluti, al 31.10.2010 la popolazione anziana ammonta a 12.656 (+507 unità rispetto al 2008); i minori sono invece 8.214 unità (+540 unità rispetto al 2006). In particolare, per quanto riguarda gli anziani, la fascia di età maggiormente rappresentata è quella 65-74 anni (52,5% sul totale degli anziani). I grandi anziani (≥85 anni) rappresentano invece il 14,5% del totale della popolazione anziana. Tra i minori, la fascia di età più rappresentata è quella 6-10 anni (29,6% del totale dei minori), mentre i minori con meno di 2 anni sono il 17,3% del totale (Tabb.5 e 6 Allegato 1). Raffrontando maschi e femmine (Fig.5) è possibile notare che le donne vivono di più rispetto agli uomini, mentre c'è una predominanza maschile in età giovanile e adulta (situazione in linea con quella evidenziata nel precedente PDZ). Nel 2010, il rapporto di mascolinità⁷ pari a 95,9%, è diminuito di 0,3 punti percentuali rispetto al precedente PDZ e indica un sostanziale equilibrio tra i due sessi.

Figura 5 - Piramide d'età popolazione residente nell'ambito distrettuale 5.1 Cervignano del Friuli di cui stranieri al centro, al 31 dicembre 2010.



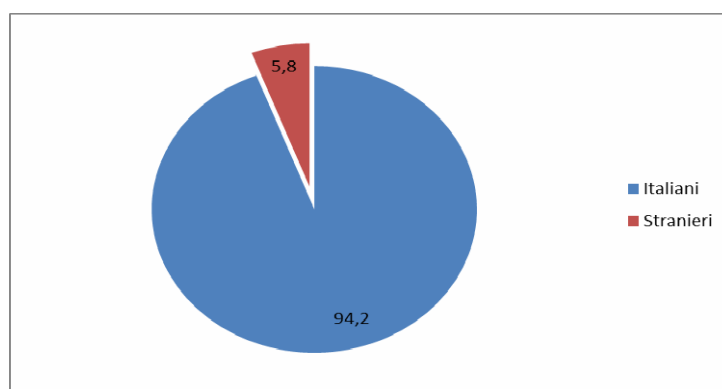
Fonte: OPS Provincia di Udine

⁷ Il rapporto misura l'entità dei maschi ogni cento abitanti femmine

1.1.1.1 I cittadini stranieri

Nel 2010, gli stranieri presenti sul territorio dell'Ambito distrettuale sono 3.226, con un'incidenza del 5,8% sul totale della popolazione (minore sia di quella provinciale (7,3%) che regionale (8,5%9) (Fig.6). Nello specifico, sono i comuni di *Fiumicello*, *Aiello del Friuli* e *Cervignano del Friuli* quelli che paiono attrarre maggiormente gli stranieri, attestandosi su percentuali di incidenza simili a quelle provinciali e regionali (Tab.7 Allegato 1). Le nazionalità più rappresentate sono quella romena, croata e bosniaca⁸ (Graf. 2 Allegato 1)

Figura 6 - Incidenza dei residenti stranieri sulla popolazione totale



Fonte: Elaborazione su Dati OPS Provincia di Udine

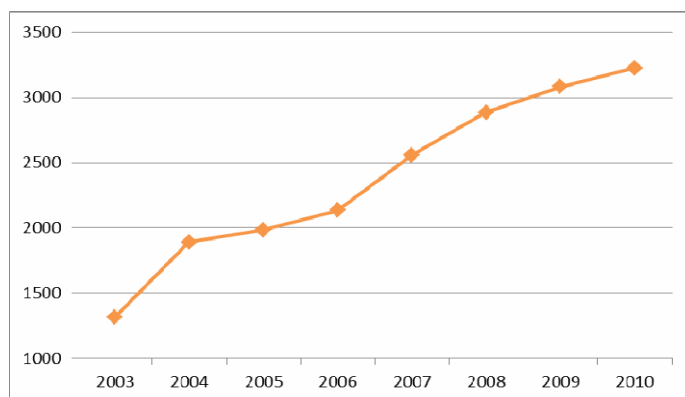
Si segnala inoltre che la struttura della popolazione straniera risulta significativamente più giovane rispetto a quella degli italiani. Sono stranieri l'8,2% dei minori residenti nell'Ambito, l'11,1% dei giovani tra i 18 e i 34 anni, il 5,6% degli adulti tra i 35 e i 64 anni e l'1,3% degli anziani (Tab.8 Allegato 1).

Rispetto al PDZ precedente, la quota di residenti stranieri è cresciuta del 145% circa (Fig. 7). In particolare, è interessante notare che gli arrivi degli stranieri spiegano solo il 60% degli oltre mille arrivi registrati nei cinque anni considerati. Pertanto, va considerato che una rilevante percentuale dei nuovi residenti, proviene da altre regioni d'Italia. Si tratta presumibilmente in larga misura di cittadini provenienti dal Sud Italia e dall'area giuliana e isontina, impiegati nel settore cantieristico che trovano in queste zone alloggi a costi più contenuti e una maggior presenza di verde⁹. Per la precisione, nel 2010, il tasso di emigrazione verso l'estero (1,6) e quello di immigrazione dall'estero (5,1) sono stati più bassi di quelli provinciale e regionale (Tab.1). Complessivamente, gli stranieri che hanno acquisito la cittadinanza italiana nel periodo 2003-2010 sono stati 351.

⁸ 82% degli stranieri rappresentati

⁹ Rispetto a quest'ultima riflessione, dato che il settore cantieristico appare in crisi negli ultimi mesi, sarebbe forse utile ragionare sul potenziale aumento dei casi in carico ai SSC di Ambito distrettuale che questo fenomeno potrebbe ragionevolmente determinare

Figura 7 - Serie storica popolazione straniera. Anni 2003-2010



Fonte: Elaborazione su dati Istat

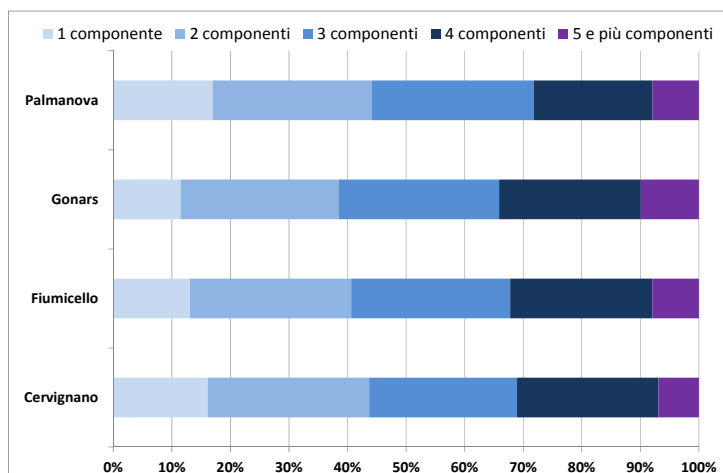
1.1.1.2 Le famiglie

I nuclei registrati nel 2010 sono 23.872, con un aumento del 18,2% rispetto al censimento del 2001 (13,3 a livello provinciale e 12,2% a livello regionale). Si rileva tuttavia una diminuzione del numero medio di componenti per famiglia, che scende da 2,56 nel 2001 a 2,31 nel 2010 (2,32 a livello provinciale e 2,19 a livello regionale) (Tabb.9 e 10 Allegato 1). Ciò significa che i comuni d'Ambito distrettuale, in linea del resto con quanto accade nella maggior parte delle città italiane, registrano il radicale cambiamento della struttura dei nuclei familiari (famiglie mono-nucleari, famiglie formate da giovani non ancora sposati e da anziani) (Tab. 11 Allegato1). Le ragioni alla base di questi cambiamenti sono molteplici: aumento dei divorzi e delle separazioni, pluralità delle forme famigliari, afflusso di nuove famiglie immigrate, riduzione della natalità, innalzamento dell'età al matrimonio e differimento delle scelte procreative.

Un piccolo approfondimento operato su alcuni comuni dell'Ambito distrettuale (Cervignano, Fiumicello, Gonars, Palmanova) ha evidenziato che nei comuni analizzati (ad eccezione di Gonars), oltre il 60% delle famiglie è composto da 1 o 2 persone; a Palmanova e Cervignano meno di 1/3 delle famiglie è composto da 3 o più componenti; sono meno del 5% le famiglie numerose, composte da 5 o più componenti (Graf. 3 e 4 Allegato 1).

La popolazione che anagraficamente risulta vivere da sola varia dall'11 al 17% (il valore minimo rilevato a Gonars, quello massimo a Palmanova); da un quarto ad un quinto della popolazione vive in famiglie di 2 componenti; altrettante persone in famiglie di 3 componenti; il restante 30-35% della popolazione vive in famiglie di 4 o più persone.

Figura 8 - Popolazione per numerosità del nucleo familiare in alcuni comuni dell'Ambito Distrettuale (1 gennaio 2011)



Fonte: Elaborazione su dati Uffici Anagrafe comunali

Si segnala infine che a livello regionale si è registrato un progressivo aumento del numero di famiglie con almeno un componente straniero (l'8% delle famiglie, nel 2011). Pur non essendoci dati rispetto alla composizione media di questi nuclei, è ragionevole pensare che rispecchino la situazione riscontrata a livello generale, poiché nelle fasi iniziali dei processi migratori vi è un afflusso di persone sole che solo successivamente attivano processi di ricongiungimento familiare.

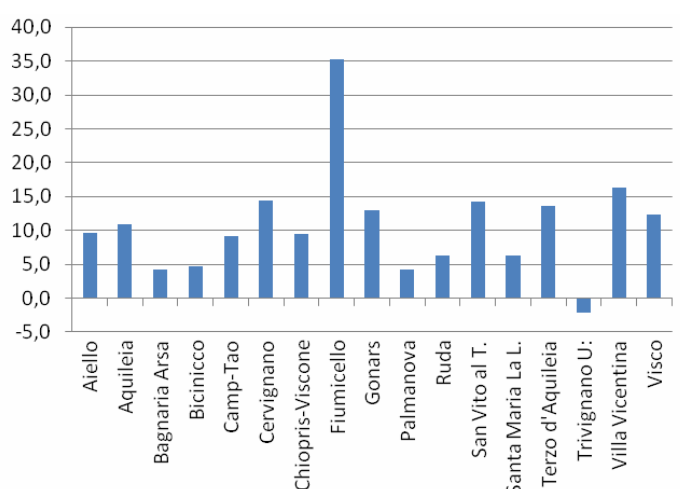
Le trasformazioni che interessano le famiglie si ripercuotono ovviamente sulle capacità delle stesse di assolvere alla funzione di *caregivers* e in particolare sulle risposte che esse possono dare alle esigenze di cura e assistenza provenienti dai soggetti anziani non-autosufficienti, il cui numero è peraltro in costante aumento.

1.1.1.3 I minori

Al 31/12/2010 i minori presenti nell'Ambito distrettuale erano complessivamente 8.214, 870 in più rispetto al 2003 (+12%). Rispetto al precedente PDZ, i Comuni in cui c'è stato un incremento più rilevante del numero dei minori sono: Fiumicello (+35,3%), Villa Vicentina (+16,3%) Cervignano (+14,4%) e San Vito al Torre (+14,2%). Il decremento maggiore è stato registrato a Trivignano Udinese (-2,2%)¹⁰ (Fig.11).

¹⁰ Va segnalato che il Comune di Trivignano Udinese ha registrato tra il 2008 e il 2010 delle variazioni annuali positive, mentre prima del 2008 aveva registrato unicamente variazioni negative. Un numero rilevante di Comuni ha registrato al contrario un decremento annuale nel biennio 2008-2009 (Santa Maria La Longa, Campolongo-Tapogliano, Chiopris-Viscone). Si evidenzia infine il decremento rilevato a Visco tra 2009-2010, pari a -6,3%. A livello di ambito distrettuale, la crescita più contenuta del numero dei minori si verificata tra 2008 e il 2009 (0,4%), quella più cospicua tra 2007 e 2008 (+2,8%)

Figura 9 - Variazione percentuale minori (P0-17) dal 2003 al 2010



Fonte: Elaborazione su dati OPS della Provincia di Udine

Prendendo in considerazione i minori stranieri, si nota che il loro numero è più che raddoppiato nel periodo 2003-2007 (+126%). Nell'ultimo biennio, la crescita è stata del 19%.

1.1.1.3.1 Minori iscritti alle scuole di ogni ordine e grado¹¹

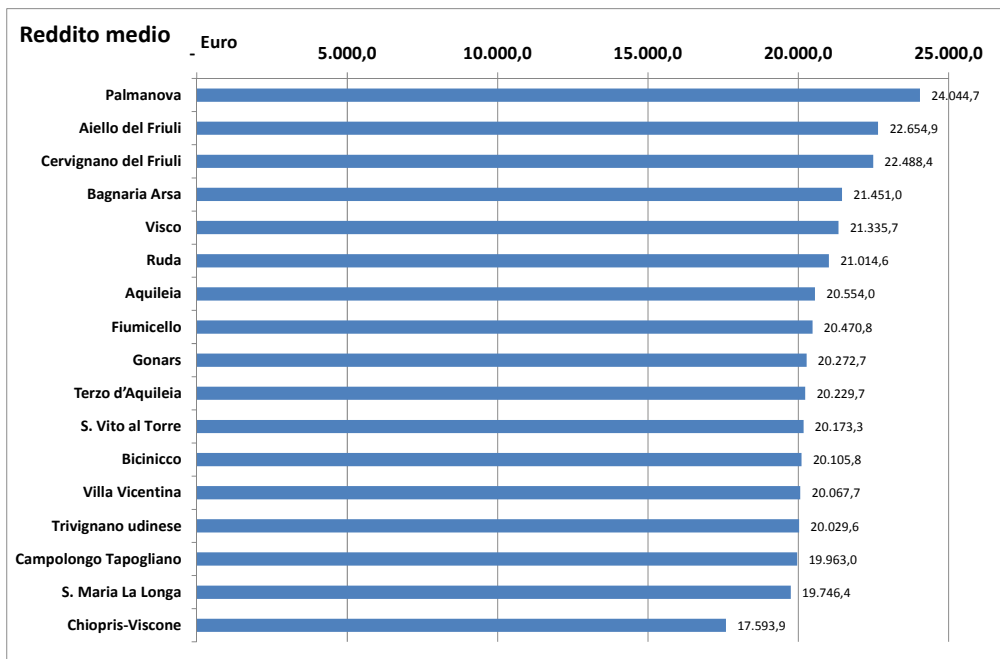
Con riferimento all'a.s. 2011/2012 si segnala che, rispetto all'a.s.2004/2005, il numero di minori iscritti alle scuole dell'Ambito Distrettuale è cresciuto: +18,6% alle scuole primarie (per un totale di 2309 iscritti), +12,7% alle secondarie di primo grado (per un totale di 1389 iscritti) e +7% alle secondarie di secondo grado (per un totale di 1128 iscritti).

Anche il numero di alunni stranieri iscritti nelle scuole dell'Ambito Distrettuale è cresciuto negli anni. Durante l'a.s. 2004/2005, erano stranieri il 5,5% degli alunni delle scuole primarie, il 6,6% degli alunni delle scuole secondarie di primo grado e il 2,9% degli studenti delle scuole secondarie di secondo grado. Le percentuali sono cresciute nell'a.s. 2011/2012: gli stranieri hanno rappresentato infatti il 9,1% degli alunni delle scuole primarie, l'8,7% delle scuole primarie di primo grado e il 5,9% delle scuole secondarie di secondo grado (Tab. 12, 13, 14, 15 Allegato 1).

1.1.1.4 Reddito medio delle persone fisiche

Di seguito riportiamo il reddito imponibile medio delle persone fisiche ai fini dell'addizionale IRPEF relativi all'anno 2010 per comune. Il dato può essere utilizzato come *proxy* del livello di benessere economico esistente nel territorio. Il comune con il reddito imponibile medio più elevato risulta essere Palmanova, mentre Chiopris-Viscone detiene il primato del comune con il reddito imponibile medio più basso dell'Ambito.

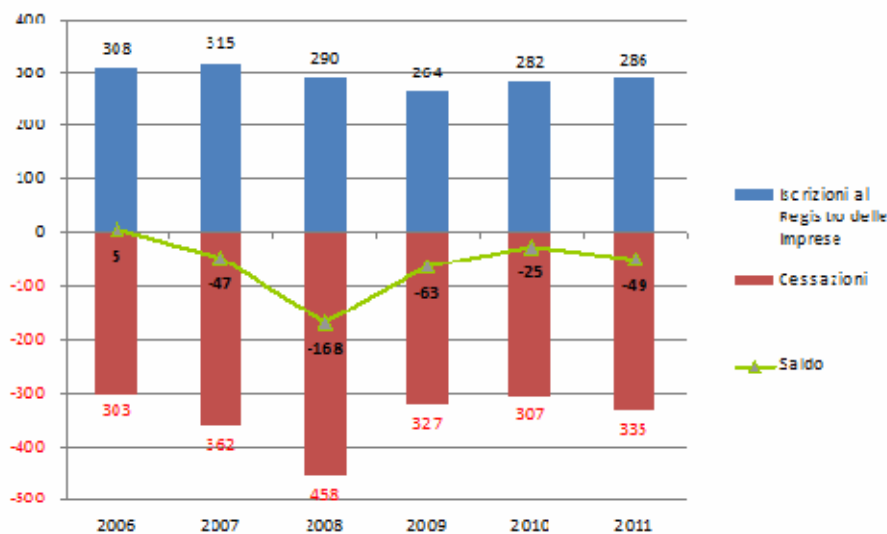
¹¹ I dati resi disponibili dall'Ufficio scolastico regionale non riportavano la situazione delle scuole dell'infanzia per l'a.s. 2011/2012. Non è stato pertanto possibile effettuare un confronto come per gli altri ordini scolastici.



1.1.2 Il tessuto economico-produttivo

Venendo alle specificità del tessuto economico-produttivo dell'ambito distrettuale di Cervignano del Friuli, si segnala innanzitutto un andamento maggiormente negativo delle imprese attive (-7% tra 2006 e 2011) rispetto a quello provinciale e regionale. L'andamento dei saldi tra iscrizioni e cessazioni ha subito un forte peggioramento nel 2008 (quando la differenza era pari a -168 unità); anche negli anni successivi, comunque, si è mantenuto decisamente negativo (Fig.10).

Figura 10 - Iscrizioni al Registro delle Imprese, Cessazioni e Saldo tra iscrizioni e cessazioni. Anni 2006-2011



Fonte: OPS Provincia di Udine

Le imprese aventi sede nell'ambito distrettuale in esame si concentrano soprattutto nei comuni di Cervignano del Friuli (947 al 31/12/2011), Palmanova (521) e Gonars (403). La

distribuzione delle imprese a livello settoriale è piuttosto in linea con quella provinciale, fatta eccezione per l'agricoltura, che ha un peso sensibilmente superiore alla media.

Anche il tasso di natalità delle imprese dell'ambito di Cervignano del Friuli negli ultimi anni risulta analogo all'andamento provinciale; il minimo è stato toccato nel 2009 (5,6%) e negli anni successivi si registra una ripresa. Nel 2011, il tasso di natalità delle imprese dell'ambito di Cervignano del Friuli è pari a quello provinciale (6,3%). Si tenga presente che la riduzione della base occupazionale, sia nella dimensione del lavoro autonomo e imprenditoriale che nel lavoro dipendente, costituisce un significativo impoverimento del capitale sociale, influenzando le capacità di recupero post-crisi. Le imprese dell'ambito in esame in fallimento o in liquidazione alla fine del 2011 sono oltre 200 (Tab. 4); il 24,4% operava nel settore industriale, il 25,4% nei servizi, il 20,6% nel commercio.

1.1.2.1 Cooperative sociali e altre realtà produttive

Nel territorio dell'ambito distrettuale hanno sede 6 cooperative sociali (tutte di tipo B) e 5 fattorie didattiche di cui una è anche fattoria sociale.

1.1.3 Il mercato del lavoro

Relativamente al contesto economico-produttivo, si nota che, tra il 2006 e il 2011, l'andamento dei saldi tra iscrizioni e cessazioni relativi alle imprese aventi sede nell'Ambito Distrettuale 5.1 (Graf. 4 Allegato 2) ha subito un forte peggioramento nel 2008 (quando la differenza era pari a -168 unità); anche negli anni successivi, comunque, si è mantenuto decisamente negativo.

Le imprese aventi sede nell'ambito distrettuale in esame (Tab. 16 Allegato 2) si concentrano soprattutto nei comuni di Cervignano del Friuli (947 al 31/12/2011), Palmanova (521) e Gonars (403). La distribuzione delle imprese a livello settoriale è piuttosto in linea con quella provinciale, fatta eccezione per l'agricoltura, che ha un peso sensibilmente superiore alla media.

Anche il tasso di natalità delle imprese dell'ambito di Cervignano del Friuli negli ultimi anni risulta analogo all'andamento provinciale; il minimo è stato toccato nel 2009 (5,6%) e negli anni successivi si registra una ripresa (Tab. 17 Allegato 2). Nel 2011 il tasso di natalità delle imprese dell'ambito di Cervignano del Friuli è pari a quello provinciale (6,3%). Si tenga presente che la riduzione della base occupazionale, sia nella dimensione del lavoro autonomo e imprenditoriale che nel lavoro dipendente, costituisce un significativo impoverimento del capitale sociale, influenzando le capacità di recupero post-crisi. Le imprese dell'ambito in esame in fallimento o in liquidazione alla fine del 2011 sono oltre 200 (Tab. 18 Allegato 2); il 24,4% operava nel settore industriale, il 25,4% nei servizi, il 20,6% nel commercio (Tab. 19 Allegato 2).

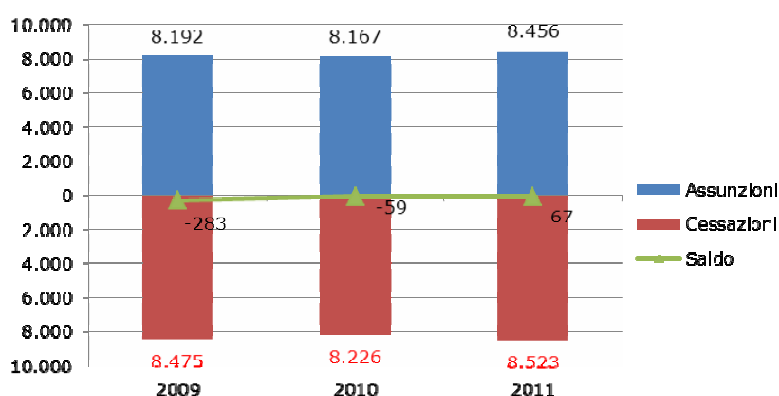
Relativamente invece alla situazione del mercato del lavoro, per fornire un quadro della sono stati utilizzati i dati tratti dall'archivio unico informatizzato regionale Ergon@t, aggiornati al 2 aprile 2012, relativi ai movimenti di assunzione, alle cessazioni e alle richieste di ingresso in mobilità. Occorre premettere che si tratta di dati di natura amministrativa e non di dati statistici, sono pertanto particolarmente sensibili alle modalità e tempistiche di estrazione e rendono conto dei movimenti amministrativi registrati e non delle "teste" ovvero delle persone.

Al fine di cogliere le ricadute a livello occupazionale sui residenti dei diversi territori, si è utilizzato per l'estrazione dei dati un criterio diverso da quello adottato dai Servizi del

Lavoro, quindi non ragionando per sede dell'azienda, ma per domicilio del lavoratore, buona approssimazione della residenza, non disponibile.

I dati provinciali e regionali relativi ad assunzioni e cessazioni mostrano una ripresa, seppur modesta, del mercato del lavoro nel 2010 e ancor più nel 2011, con una progressiva riduzione del saldo tra assunzioni e cessazioni, in precedenza pesantemente negativo. Le assunzioni registrate in favore di lavoratori domiciliati in provincia di Udine sono cresciute dal 2010 al 2011 del 5,5%. Leggermente più contenuta la crescita registrata per i domiciliati nell'ambito di Cervignano del Friuli, dove invece nel 2011 si registra, rispetto al 2010, una crescita leggermente maggiore del numero di cessazioni con il permanere, quindi, di un saldo lievemente negativo (Tab. 20 Allegato 2). Le assunzioni si concentrano prevalentemente nel settore dei servizi, seppur in percentuale minore rispetto al resto della provincia, mentre le assunzioni in ambito agricolo assumono quasi il doppio dell'incidenza registrata a livello provinciale e lievemente più elevata è anche l'incidenza delle assunzioni in ambito industriale. Si rileva un maggior peso della componente femminile e delle fasce d'età intermedie, in linea con quanto riscontrato a livello provinciale. Per quanto riguarda le tipologie contrattuali, le assunzioni a tempo indeterminato costituiscono appena il 12,6% del totale delle assunzioni del 2011, con un'incidenza leggermente più significativa rispetto alla provincia, ma in netto calo rispetto agli anni precedenti (nel 2009 rappresentavano il 19,2% del totale delle assunzioni), si evidenzia di contro la crescita negli anni di assunzioni con contratti a tempo determinato o di lavoro intermittente (o a chiamata) utilizzato quest'ultimo in particolare nei settori legati all'attività turistica (Tabb.21 e 22 Allegato 2). Nelle cessazioni si ritrovano le stesse dinamiche, prevale la componente femminile e le fasce d'età medio alte. Le cessazioni relative a contratti di lavoro a tempo indeterminato rappresentano, con riferimento ai domiciliati nell'ambito ben il 17,5% del totale, ma sono in calo rispetto agli anni precedenti (Fig.11 e Tabb. 23 e 24 Allegato 2).

Figura 11 - Dinamica movimenti di assunzione e di cessazione (saldo) per i domiciliati. Anni 2009-2011.



Fonte: OPS Provincia di Udine

Allo stesso modo i dati relativi alle richieste di ingresso in mobilità si riducono dal 2009. In questo caso riguardano prevalentemente maschi, dai 35 anni in su, operanti nel settore industriale o dei servizi ma anche del commercio e, in misura crescente, delle costruzioni. Importante rilevare che la maggior parte degli ingressi in mobilità (con un'incidenza più significativa rispetto al resto della provincia e pari al 74% circa) riguarda lavoratori licenziati da aziende con meno di 15 dipendenti (L. 236/93) e che quindi godono di minori tutele (Tabb. 25 e 26 Allegato 2).

Relativamente agli iscritti alle liste istituite ai sensi della L.68/99¹², si segnala che nel 2010 gli effetti negativi della crisi globale hanno determinato, in Provincia di Udine una significativa contrazione dell'attività di ricerca ed inserimento di lavoratori disabili da parte delle aziende obbligate (tendenza in atto già dal 2008) (Tabb.27 e 28 Allegato 2). Questa situazione ha incrementato sensibilmente le richieste aziendali, nei confronti del Servizio Collocamento Mirato, di misure dilatorie degli obblighi previsti dalla L. 68/99 attraverso istanze di sospensione degli obblighi stessi (dalle 62 aziende in sospensione del 2009, si è passati ad 80 aziende nel 2010) o di proroga dei termini precedentemente fissati tramite stipula di convenzione programmatica. Oltre alla diffusa difficoltà relativa al difficile momento economico, sono molteplici i fattori che concorrono a rendere il mercato del lavoro sempre più difficilmente accessibile alle categorie protette: la sempre maggiore complessità delle mansioni, la scomparsa di occupazioni cosiddette "semplici e leggere", l'esigenza di una produttività sempre più spinta che ritiene indispensabili capacità lavorative integre, la crescente esigenza di flessibilità che non favorisce la stabilizzazione dei rapporti di lavoro. Le difficoltà rilevate sono confermate, inoltre, dai dati relativi all'età anagrafica dei disabili inseriti nell'elenco provinciale che rende, di per sé, ancor più difficile la collocazione nel mercato del lavoro attuale e, in relazione alle persone disabili, aggrava le già pesanti difficoltà: gli iscritti agli elenchi provinciali hanno infatti in oltre il 30% dei casi più di 55 anni e circa il 30% rientra nella classe d'età dai 45 ai 55 anni.

1.1.4 Le condizioni ambientali della Bassa Friulana¹³

Si riportano di seguito alcuni dati e considerazioni sulle condizioni ambientali dell'intero territorio della Bassa Friulana, non specifici del territorio dell'Ambito distrettuale 5.1 ma comunque rilevanti ai fini della lettura complessiva del territorio.

1.1.4.1 Fattori ambientali ed impatto sulla salute

La condizione dell'ambiente fisico-naturalistico appare determinante nel condizionare alcuni aspetti della salute individuale e collettiva.

1.1.4.2 Aspetti climatici

Le misure effettuate al suolo confermano, anche nella nostra Regione, la tendenza ad un progressivo aumento delle temperature e ad una diminuzione delle precipitazioni.

1.1.4.3 Aspetti connessi alla qualità della vita

L'aumento delle temperature medie annuali a partire dagli anni '80, ha portato con se un aumento nel numero delle notti calde (temperatura minima maggiore di 20 °C) e dei giorni caldi (temperatura massima maggiore di 30 °C). Anche l'insolazione, in particolare quella relativa al periodo estivo, risulta essere aumentata a partire dagli anni '80, con un conseguente aumento nella probabilità di formazione dell'ozono.

¹² In questo caso, diversamente dalle tabelle precedenti il riferimento è alle teste, anche per quanto riguarda gli assunti.

¹³ I dati e le riflessioni riportate in questo paragrafo sono tratte dal bilancio sociale dell'ASS 5 per il biennio 2009-2010 e sono state realizzate dai ricercatori dell'ARPA FVG.

Per quanto riguarda l'aumento delle temperature nel periodo invernale, invece, se da un lato ha comportato una riduzione relativa al fabbisogno pro capite di energia, dall'altro è stata accompagnata da un cambiamento nel tipo di circolazione atmosferica, favorendo il flusso di correnti meridionali sia al suolo che in quota. Questo tipo di situazioni, in particolare sulla Val Padana ma anche sulla nostra regione, favorisce l'insorgenza di inversioni termiche e il ristagno degli inquinanti. Anche se di difficile quantificazione, pertanto, dal punto di vista qualitativo le variazioni climatiche sopra riportate dovrebbero aver comportato un aumento nella propensione atmosferica all'accumulo degli inquinanti.

1.1.4.4 Suolo e rifiuti

La gestione e l'utilizzo del territorio appaiono svolgere un ruolo fondamentale rispetto alla degradazione (quantitativa e qualitativa) del suolo. Un non corretto utilizzo della "risorsa suolo" può determinare la contaminazione di particolari aree e la conseguente classificazione delle stesse come "siti inquinati" per i quali devono essere previsti dispendiosi interventi di caratterizzazione e di bonifica. Sul territorio della A.S.S n.5 Bassa Friulana insistono attualmente un sito inquinato di interesse nazionale (l'area lagunare di Marano) e 50 siti di estensione più limitata.

1.1.4.5 Agenti fisici, radiazioni ionizzanti e non ionizzanti, inquinamento acustico

L'effetto delle radiazioni elettromagnetiche dal punto di vista ambientale è considerato solo in riferimento all'esposizione della popolazione, le valutazioni per questo determinante, a differenza di altri determinanti, sono quindi esclusivamente di tipo sanitario.

L'interazione delle radiazioni ionizzanti (raggi X, raggi γ , raggi α e raggi β) con l'organismo sono note, mentre

per quanto riguarda le radiazioni non ionizzanti la discussione è ancora in atto.

Per quanto riguarda le radiazioni ionizzanti la principale sorgente di esposizione è di origine naturale. Essa è data dalla somma del fondo gamma prodotto dai radionuclidi naturali presenti nel suolo e nei materiali da costruzione, dell'irraggiamento di origine cosmica e del radon. Nel territorio di competenza della ASS 5 Bassa Friulana sono state fatte numerose misure di concentrazione di radon indoor. Sono state monitorate tutte le scuole di ogni ordine e grado e una sola struttura, ora già rimediata, ha presentato valori superiori ai limiti di legge. Nell'ambito del progetto Radon Prone Areas nella zona dell'ASS 5 sono state monitorate 211 abitazioni. La concentrazione media è risultata essere pari a 98 Bq/m³, al di sotto della media regionale e dei livelli al di sopra dei quali la Comunità Europea raccomanda di effettuare azioni di rimedio. Al contributo naturale va aggiunto quello potenziale dovuto alla presenza di sorgenti artificiali presso strutture industriali. In questo ambito l'ARPA effettua controlli sugli impianti sia in funzione che dismessi per verificare l'assenza di irraggiamento indebito. In tutti gli interventi di controllo effettuati non si sono mai riscontrate situazioni di pericolo.

Relativamente alle radiazioni non ionizzanti (NIR –Non Ionizing Radiation) le sorgenti oggetto di controllo non sono sorgenti naturali, ma sono sorgenti di origine antropica (in particolare, elettrodotti (linee elettriche e cabine di trasformazione) che funzionano alla frequenza di 50 Hz) e impianti di comunicazione elettronica (telefonia, radio, TV, ..) che operano a frequenze più elevate (radiofrequenze, 100 kHz -300 GHz)). Attualmente risultano presenti sul territorio di competenza della ASS 5 Bassa Friulana 26 linee ad alta e altissima tensione (3 a 380 kV, 1 a 220 kV e 22 a 132 kV) e 241 impianti a radiofrequenza.

Relativamente alle misure di campo di induzione magnetica a frequenza di rete, si osserva che solo nel 6 % circa delle 90 misure considerate è superato il valore di attenzione di 10 T, tali punti però risultano aree a permanenza non superiore alle 4 ore giornaliere per i quali il limite da applicare è 100 T. Relativamente invece alle misure di campo elettrico a radiofrequenza, si evidenzia che non vi sono superamenti del valore di attenzione dei 6 V/m in nessuno dei punti misurati e che il 70% delle misure risultano inferiori alla soglia di sensibilità dello strumento di misura

Negli ultimi anni, nel territorio della Bassa Friulana, in linea con quanto accaduto negli altri territori della regione, sono aumentate le richieste di pareri preventivi nella valutazione dell'impatto acustico prodotto da nuove sorgenti sonore di attività e/o infrastrutture viarie o da sorgenti funzionanti all'aperto per attività a carattere temporaneo (sagre, concerti, cantieri). Nel 2009 sono state effettuate n.7 indagini fonometriche, a seguito di esposti della popolazione. Il Comune che maggiormente evidenzia delle criticità da un punto di vista acustico è Lignano Sabbiadoro, in virtù della notevole attività che si concentra nel corso dei mesi estivi (n. 3 indagini nel 2009, con oltre 10 richieste pervenute al Dipartimento di Udine).

1.1.4.6 Acque superficiali e marine: potabilità e balneabilità

Il territorio della Bassa Friulana, ricco di acque superficiali e profonde, risente della pressione antropica del territorio a monte, in particolare dell'uso intensivo dell'agricoltura, dei centri urbani e del loro sistema di depurazione dei reflui, delle zone industriali, delle cave e delle discariche.

Nelle acque di risorgiva e nei pozzi della Bassa Friulana si rinvencono concentrazioni significative, e a volte elevate, di nitrati e pesticidi, che creano direttamente problematiche ambientali, quali l'eutrofizzazione delle lagune e del mare, e indirettamente rischi per la salute umana.

1.2 I BISOGNI DELLA POPOLAZIONE

1.2.1 Analisi della domanda

Di seguito saranno riportati alcuni dati riguardanti servizi, interventi e utenza in carico, sia per quanto riguarda i SSC che il Distretto sanitario, allo scopo di fornire indicazioni rispetto alle principali esigenze della popolazione residente sul territorio.

1.2.1.1 Aspetti sanitari¹⁴

Il ricorso all'ospedale da parte della popolazione del Distretto Est risulta globalmente inferiore alla media regionale, collocandosi nel gruppo di 5 Distretti che hanno il tasso standardizzato di ricovero dei residenti più basso in regione (Tab.29 Allegato 3).

E' possibile considerare questo dato come effetto di una politica di sviluppo dell'assistenza socio-sanitaria domiciliare nell'ultimo decennio. Il dato infatti è coerente con i rilievi relativi

¹⁴ La sezione è stata redatta con la collaborazione del dott. Luciano Pletti, direttore del Distretto Est dell'ASS 5 sulla base dei dati contenuti nel documento "Profilo di Comunità del Friuli Venezia Giulia", realizzato dalla Regione Autonoma FVG – Direzione Centrale Salute, Integrazione Socio-sanitaria e Politiche Sociali – Servizio di Epidemiologia.

all'assistenza infermieristica e riabilitativa domiciliare, in cui il tasso di copertura della popolazione ultra65enne è il più elevato della regione per l'assistenza infermieristica (16,2% nel 2010). Anche l'assistenza riabilitativa domiciliare è caratterizzata da un indice di copertura molto elevato per questa fascia di popolazione pari a 4,8% nel 2010.

Una lettura analitica dell'ospedalizzazione fa emergere un dato confortante anche per quanto attiene ai ricoveri evitabili nel 2010 (tasso standardizzato 0,8 per mille su media regionale di 1), che documenta un'efficace risposta sanitaria globale (Tab.30 Allegato 3). Entrando poi nel dettaglio di singole aree patologiche (Tabb. da 31 a 40 Allegato 3) vi è un riscontro molto positivo nel settore di alcune patologie croniche di grande diffusione quali il diabete (Tab.31 Allegato 3) e la broncopatia cronico-ostruttiva (BPCO) (Tab. 32 Allegato 3). Il dato, invece, non è particolarmente positivo con riguardo alle patologie cardiovascolari che lascia intravedere in questo settore la necessità di perfezionare i percorsi diagnostico terapeutico assistenziali (PDTA).

Il fenomeno dell'ospedalizzazione riferita alla popolazione anziana, nel periodo 2008-2010, evidenzia un ricorso ripetuto all'ospedalizzazione significativamente inferiore alla media regionale. Valori ancora inferiori, ritrovabili in alcuni distretti regionali di configurazione territoriale analoga (ad es. Distretto di San Vito al Tagliamento) lasciano comunque intravedere delle importanti possibilità di miglioramento (Tab.41 Allegato 3).

Il dato della mortalità rappresenta tipicamente uno degli aspetti informativi di maggiore interesse per la programmazione sanitaria e sociosanitaria. In questo ambito il dato cumulativo del Distretto Est si colloca fra i migliori in regione, per il periodo 2005-2010 (tasso medio standardizzato 10,22 contro il 10,45 della Regione), così come il dato cumulativo degli anni di vita persi nello stesso periodo (Tabb.42-43 Allegato 3).

Analizzando, inoltre, alcuni settori di causa specifica di mortalità quali tumori, malattie del sistema circolatorio, malattie dell'apparato respiratorio, malattie dell'apparato digerente, traumatismi ed avvelenamenti, si osservano generalmente risultati migliori di quelli medi regionali ad eccezione che per la patologia tumorale, che presenta un dato leggermente superiore alla media regionale (Tabb. da 44 a 49 Allegato 3). E' ipotizzabile che detta maggiore mortalità possa essere collegata alle conseguenze dell'occupazione della popolazione residente nel vicino distretto industriale dell'Ausa Corno. Tale ipotesi necessita di essere suffragata da ulteriori approfondimenti epidemiologici a cui si rimanda.

L'effetto della prevenzione primaria e secondaria è documentabile da alcuni rilievi statistici basati sull'osservazione di cause di morte evitabile grazie a tale tipo di interventi. Il dato riferito al Distretto Est (tasso grezzo di mortalità evitabile sensibilmente inferiore alla media regionale) sia per settore di intervento della prevenzione primaria che secondaria come anche delle cure mediche, è inferiore a quello regionale (Tabb. 50 e 51 Allegato 3).

Le valutazioni statistiche relative alle patologie croniche, che rappresentano il principale fronte di impegno dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria di lungo termine, e la principale causa di mortalità e disabilità costituiscono un importante elemento della programmazione. I dati relativi agli anni recenti riguardanti alcune patologie di ampia diffusione, quali diabete, scompenso cardiaco e insufficienza renale cronica, forniscono per il Distretto Est indicazioni di un quadro più confortante di quello medio regionale, fatto salvo che per gli emodializzati (Tabb da 52 a 54 Allegato 3)

Il costante aumento della fascia anziana che caratterizza la popolazione italiana in generale, ha fra le sue conseguenze l'incremento del numero di individui che si potrebbero trovare in uno stato di non autosufficienza, suscettibili dunque di cure sanitarie, ma anche di assistenza nelle attività della vita quotidiana. Per gestire al meglio questo fenomeno,

evitando l'istituzionalizzazione e cercando di garantire una migliore qualità della vita per l'anziano, l'Ambito distrettuale 5.1 ha attivato diversi servizi a domicilio (Tabb.55 e 56).

Tra il 2008 e il 2011 il numero di utenti dei Servizi infermieristici domiciliari è aumentato ma in modo meno consistente di quanto accaduto a livello di ASS 5 (+6,5% contro +10,2%). Il numero di accessi è stato altalenante nei 4 anni considerati, oscillando tra una media di 14,5 e 15,2 accessi per utente. Il numero di utenti del Servizio di riabilitazione domiciliare è invece aumentato in misura leggermente superiore al valore registrato per l'ASS (+11,9 contro +11,6). In linea con quanto avvenuto a livello di ASS 5, il numero di accessi medio per utenti è calato, nel 2011, attestandosi su un valore di 4,8 (contro il 4,7 dell'ASS 5). Gli utenti del servizio di Assistenza domiciliare integrata sono aumentati nel periodo 2008-2011 (+9,6%). In particolare, gli utenti ADI sono aumentati soprattutto tra 2009 e 2010 (+49 utenti). Il numero medio di accessi per utente è sempre stato superiore a 12, tranne che nel 2010. Gli utenti del servizio di Assistenza domiciliare programmata sono invece diminuiti nel periodo considerato (-3,07%), pur avendo avuto un incremento di accessi. Il 2009 è stato l'unico anno in cui si è registrato un aumento dei casi in carico (+12). Il numero medio di accessi per utente è aumentato nel periodo considerato passando da 11,58 a 14,68 (Tabb.57 e 58 Allegato 3)

Infine¹⁵ si segnala che la crisi economica che ha colpito l'Italia nel 2008, ha avuto conseguenze anche in campo sanitario. Più specificatamente, agendo sui redditi della popolazione, ha inciso sulla spesa sanitaria privata, modificando le abitudini degli italiani (es. vengono rimandati interventi ritenuti procrastinabili; le famiglie meno abbienti riducono i consumi soprattutto in termini di farmaci e diagnostica). L'idea dunque che la crisi, facendo diventare tutti più poveri, svolga un'azione livellante, è solo apparente: si riducono le differenze nei consumi ma l'impatto della spesa sanitaria sui bilanci familiari resta stabile.

Altro dettaglio rilevante rispetto a quanto detto fino ad ora è che la spesa per gli anziani non autosufficienti rimane la spesa maggiormente incompressibile per le famiglie italiane. Come si è già evidenziato, le sfide connesse a questo fenomeno sono: la necessità di applicare un approccio integrato, sanitario e sociale, per affrontare al meglio il problema, soprattutto nell'ottica della sostenibilità futura dei costi derivanti da una popolazione che invecchia e, in secondo luogo, la necessità di individuare una definizione più rigorosa delle innumerevoli situazioni che esso può comprendere.

Ovviamente, l'invecchiamento della popolazione apre questioni che vanno al di là della condizione di non autosufficienza: prevenzione, educazione a stili di vita sani, eque possibilità di «beneficiare dei vantaggi dell'allungamento della vita e di pagarsi la copertura dei propri "rischi di vecchiaia"».

In generale, dovrebbero cambiare anche alcune prassi consolidate nella gestione e nell'erogazione dei servizi sanitari: bisognerebbe tendere ad un approccio che metta al centro l'utente e i suoi bisogni, che integri le diverse aree di valutazione che insistono su un medesimo caso, che favorisca la partecipazione di tutti gli stakeholder del sistema (es. industriali, politici, professionisti, etc.).

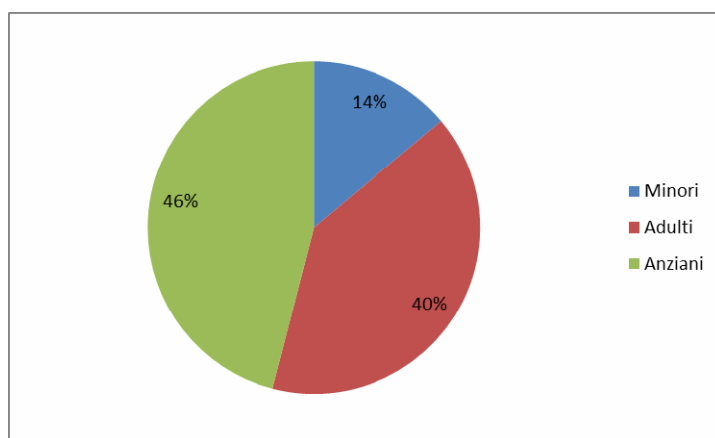
¹⁵ I paragrafi che seguono sono tratti dall' " VII rapporto Sanità CEIS"

1.2.1.2 I servizi sociali - Dati utenza in carico ai SSC¹⁶

Nel 2011, i soggetti in carico ai SSC¹⁷ nell'intero ambito distrettuale sono stati 1.785, con una prevalenza della componente anziana e adulta, pari rispettivamente al 46% e al 40% del totale (Fig.12). Nello specifico, gli utenti anziani sono stati 820, gli adulti 718, i minori 247 (Tab. 59 Allegato 4)

Il 2011 ha registrato 516 nuovi utenti: 143 a Cervignano, 58 a Gonars, 45 a Palmanova e 44 a Fiumicello.

Figura 12 - Utenza in carico al SSC per classi d'età. Anno 2011



Fonte: Elaborazione su dati OPS Provincia di Udine

Tra il 2008 e il 2010 l'Ambito distrettuale ha registrato un consistente aumento del numero degli utenti in carico al SSC. Tale crescita è stata inferiore a quella registrata in provincia di Udine e tendenzialmente superiore a quella registrata a livello a Latisana.

¹⁶ Dati raccolti attraverso la Cartella sociale informatizzata

¹⁷ La casistica in carico al SSC è composta da tutte le persone in stato di bisogno in favore delle quali sono stati attivati dei Progetti Assistenziali Individualizzati (PAI) da parte degli Assistenti Sociali di Ambito. Si è scelto di non conteggiare tutte quelle persone che si rivolgono ai servizi con bisogni prettamente informativi e di orientamento (segretariato sociale), né coloro che richiedono esclusivamente contributi economici attivati "in automatico" sulla base di predeterminati requisiti⁴, per le quali non è stato predisposto pertanto uno specifico progetto di aiuto

Tabella 2 – Distribuzione percentuale casistica in carico al Servizio Sociale dei Comuni per fascia d'età. Anni 2008-2010

		Distribuzione percentuale della casistica per fascia d'età				
		Minori	Adulti	Anziani	Totale	% Utenti/Pop
2008	5.1 CERVIGNANO DEL FRIULI	17,40%	42,40%	40,30%	100%	1,71%
	5.2 LATISANA	24,80%	38,20%	37,00%	100%	1,92%
	ASS n. 5 Bassa Friulana	21,40%	40,10%	38,50%	100%	1,82%
	PROVINCIA DI UDINE	21,70%	36,70%	41,60%	100%	1,89%
2009	5.1 CERVIGNANO DEL FRIULI	12,60%	40,10%	47,20%	100%	2,91%
	5.2 LATISANA	21,80%	39,80%	38,40%	100%	2,59%
	ASS n. 5 Bassa Friulana	17,00%	40,00%	43,00%	100%	2,75%
	PROVINCIA DI UDINE	17,20%	37,20%	45,50%	100%	3,31%
2010	5.1 CERVIGNANO DEL FRIULI	12,50%	38,90%	48,60%	100%	2,97%
	5.2 LATISANA	21,80%	40,10%	38,00%	100%	2,80%
	ASS n. 5 Bassa Friulana	17,10%	39,50%	43,40%	100%	2,88%
	PROVINCIA DI UDINE	16,30%	38,10%	45,60%	100%	3,32%
2011	5.1 CERVIGNANO DEL FRIULI	14,00%	40,00%	46,00%	100%	<i>n.d.</i>
	5.2 LATISANA	22,00%	43,00%	35,00%	100%	3,15%
	ASS n. 5 Bassa Friulana	18,00%	41,5%	37,5	100%	<i>n.d.</i>
	PROVINCIA DI UDINE	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>

Fonte: Elaborazione su dati OPS Provincia di Udine

Il rapporto tra maschi e femmine risulta sbilanciato a favore dei primi relativamente alla fascia dei minori. La fascia degli anziani, invece, presenta una maggiore incidenza della componente femminile di oltre il doppio rispetto a quella maschile, grazie anche ad una loro maggior frequenza nella popolazione complessiva. Nella classe d'età degli adulti, infine, la componente di genere non mostra differenze significative (Tab. 59 Allegato 4).

Nonostante la presenza di stranieri sul territorio sia diventata più rilevante nel corso del periodo 2008-2011, l'incidenza dell'utenza straniera seguita dal SSC è rimasta pressoché costante, rappresentando una percentuale compresa tra 7,1% e il 7,6% del totale degli utenti (Tab. 60 Allegato 4)

Gli utenti con disabilità seguiti dai SSC sono stati complessivamente 304, pari al 17% dell'utenza complessiva. Il 72% di essi appartiene alla fascia d'età 18-64 anni, il 28% alla fascia 0-17 anni. (Tab. 61 Allegato 4)

Il 46,3% degli interventi sono stati destinati a persone sole (32,3%) e famiglie monogenitore con figli (14%) (Tab.62 Allegato 4)

Relativamente alla condizione professionale, circa il 75% degli interventi ha riguardato persone che non hanno reddito: si è trattato infatti di studenti (12,9%), disoccupati (17%), ritirati dal lavoro (26%) o persone non in età da lavoro (9,4%). (Tab.63 Allegato 4)

1.2.1.2.1 Gli interventi

Gli interventi (3386 sono stati soprattutto interventi economici (21,2%) e per la domiciliarità (19,7%) (Tabb. 64 e 65 Allegato 4). Nello specifico:

- gli interventi di carattere economico hanno interessato in particolare utenti di età compresa tra i 35 e i 64 anni (49%) e ultra 75enni (27,3%). Va segnalato che rispetto al precedente PDZ sono aumentate le risorse disponibili per questo tipo di problematiche (con l'attribuzione di un fondo specifico, il Fondo regionale di Solidarietà). Per la precisione, il "Fondo regionale di solidarietà" è stato destinato nel 46,2% dei casi a persone sole (23,9%) o famiglie monogenitore con figli (22,3%) (Tab. 66 Allegato 4).
- gli interventi domiciliari sono stati principalmente interventi di assistenza domiciliare SAD (45,4%), pronta assistenza domiciliare (24,5%) e pasti a domicilio (22,3%) (Tab. 67 Allegato 4).

1.2.1.2.2 I minori certificati

Nel 2011, il numero dei minori certificati L. 104/92 è salito di 6 unità, attestandosi a quota 119, dopo essere rimasto invariato per i due anni precedenti. Tra di essi prevalgono i maschi, il cui numero oltre il doppio rispetto a quello delle femmine. Il 46,2% del totale dei minori certificati appartiene alla fascia d'età 6-10 anni. (Tabb.68, 69, 70 Allegato 4)

I minori certificati a fini scolastici sono diminuiti in modo rilevante tra il 2008 il 2009 (-11%), per poi crescere di nuovo, ma in modo meno significativo nel 2010 (+2,3%).

Nell'a.s. 2011/2012, dei 119 minori certificati, 99 sono iscritti alle scuole statali dell'Ambito. Di questi 99, oltre il 50% ha un disagio lieve. Per l'anno scolastico considerato, un solo minore risulta iscritto alle scuole paritarie (erano 2 negli a.s. 2009/2010 e 2010/2011). (Tabb. 71 e72 Allegato 4)

1.2.1.2.3 Minori multiproblematici

Nel 2011, i minori con provvedimento giudiziario in carico al SSC sono stati 123 (14 stranieri). Oltre un terzo di essi è interessato da un provvedimento di affido per sostegno.

Nel 2011, i casi di minori fuori famiglia sono stati complessivamente 21 (8 stranieri). In 8 casi si è trattato dell'inserimento in comunità assistenziale; in 6 casi si è trattato di inserimento di minori stranieri non accompagnati; in 5 casi di inserimenti in comunità madre/bambino; in 3 di affidi parentali non consensuali (2 stranieri) e in un caso, relativo ad un minore straniero, di affido eterofamiliare non consensuale.

Nel quadriennio 2008-2011, il numero di minori accolti in comunità si è ridotto a favore di progetti/interventi alternativi. I casi di affidamento familiare sono rimasti pressoché costanti (con un massimo di 5 casi nel 2009 e un minimo di 2 nel 2010).

1.3 I SERVIZI E LE RISORSE DISPONIBILI

1.3.1 Gli interventi e i servizi sociali, sanitari e socio-sanitari

Di seguito verranno riportati i principali servizi e interventi attivi sul territorio, suddivisi per aree di intervento. Per un quadro completo e dettagliato delle risorse disponibili, si rimanda all'Allegato 6 - Nomenclatore degli interventi e dei servizi

1.3.1.1 Area minori

L'Ambito Distrettuale si pone come obiettivo la prevenzione di situazioni di disagio e il supporto al mantenimento dei bambini e dei ragazzi nel proprio ambiente e nucleo familiare. I principali interventi e servizi attraverso i quali opera sono:

- contributi economici, anche per il sostegno e affidamento familiare, nonché per il mantenimento del figlio minore, per l'abbattimento delle rette dei nidi, per le famiglie numerose, per i servizi scolastici (F9; F16-1; F10; F8-1);
- accoglienza in Comunità per minori e/o genitore con minori (A3-1);
- servizi socioeducativi territoriali per minori in difficoltà (C2);
- attività di supporto alla genitorialità (A6);
- borse di inserimento sociale per minori e giovani adulti a rischio di devianza e marginalità (B1).

Sono presenti sul territorio servizi di supporto alle famiglie con minori, quali:

- Servizi per la prima infanzia

L'ambito distrettuale dispone di 11 strutture che forniscono servizi per la prima infanzia, per un totale di 271 posti. Ciò significa che questo tipo di servizi copre potenzialmente il 19% dei minori di 0-3 anni presenti sul territorio. Ad ogni modo, solo poco più di due terzi dei posti disponibili sono effettivamente coperti¹⁸ (Tab.3). Tra il 2008 e il 2011 la capacità ricettiva degli asili nido è quadruplicata, il numero degli iscritti è aumentato ma in maniera più contenuta: nel corso del quadriennio

¹⁸ Il fatto che i posti disponibili non vengano coperti completamente può significare o la presenza di una forte rete familiare di sostegno o una bassa occupazione femminile.

considerato, il numero dei posti disponibili non sono mai stati coperti completamente¹⁹ (Tab. 73 Allegato 4)

Tabella 3 – Totale servizi prima infanzia. Anno 2010

	Totale servizi 0-3 anni	Tot. capacità ricettiva Servizi prima infanzia	Tot. Iscritti Servizi prima infanzia	Popolazione Minori 0-3 anni	% copertura potenziale dei servizi	% iscritti /popolazione e 0-3 anni
Ambito	11	271	185	1.423	19,0	13,0
Provincia	134	3.181	2.370	13.347	23,8	17,8
Regione	288	7.547	6.596	31.381	24,0	21,0

Fonte: Dati OPS della Provincia di Udine

- 1 spazio gioco (G2)
- centri diurni estivi in tutti i Comuni dell'Ambito Distrettuale (G4)
- 1 ludoteca (G5)
- centri di aggregazione/sociale per i giovani in alcuni Comuni dell'Ambito Distrettuale (G-6)

Sono inoltre attivi i seguenti servizi/interventi di supporto ai minori con disabilità:

- Interventi educativi territoriali (C2): nel 2011, i minori coinvolti in interventi di tipo socio-educativo sono stati 98 (di cui 11 stranieri).
- Interventi educativi e assistenziali scolastici (C1): nel 2011, 29 minori (2 stranieri) sono stati interessati da interventi di tipo socio-educativo a scuola.

1.3.1.2 Area anziani

L'Ambito Distrettuale si pone come obiettivi il mantenimento della persona presso il proprio domicilio e la valorizzazione della persona, attraverso principalmente questi servizi/interventi:

- servizio di assistenza domiciliare e pasti a domicilio (D1; D2; D6)
- trasporto sociale, (E2)
- telesoccorso e teleassistenza, numero verde Televita (D4)
- fondo per l'autonomia possibile (F.A.P.) (D5)
- formazione degli assistenti famigliari (D1)
- Contributi e integrazioni a rette per prestazioni residenziali (F9)

Sono inoltre presenti sul territorio:

¹⁹ I dati analizzati, vanno considerati tenendo presente che fino al 2010 i dati venivano rilevati al 30 ottobre dell'anno di riferimento, questo poteva comportare una sottostima degli iscritti per i tempi di inserimento. 2010 e 2011 registrano invece gli iscritti al 31/12/11. I dati riguardano i soli servizi di NIDO (anche nido integrato alla scuola dell'infanzia, anche per gli anni 2007, 2008 e 2009 sono state scorporate le sezioni primavera). Il dato relativo alla capacità ricettiva può essere lievemente diverso da un anno all'altro a seconda dell'indicazione di rilevare o meno i posti di "overbooking".

- 2 centri diurni (G3)

1.3.1.3 Area disabili

L'orientamento adottato dall'Ambito Distrettuale è volto a promuovere e sostenere la permanenza nella propria famiglia e la sua integrazione sociale in un'ottica di sicurezza e uguaglianza sociale.

I servizi/interventi delegati all'Ambito sono:

- Contributi economici per trasporti individuali (F11)
- Servizio trasporto (E2)
- Contributi a sostegno di progetti di vita indipendente (D5)
- Contributi per sostegno all'autonomia possibile (D5)
- Contributi ex ANMIL e ENS (F17-2)
- Contributi per l'abbattimento delle barriere architettoniche (D5)

Le seguenti strutture dedicate (G3):

- 5 centri diurni
- 2 strutture residenziali

Ulteriori servizi e interventi a favore dei disabili sono:

Struttura operativa "Età evolutiva e disabilità" (EED) (A-10 SAN);

Attività di mediazione per l'inserimento lavorativo dei disabili ai sensi della Legge 68/99 (C3);

Interventi di accompagnamento/sostegno per tirocini e borse lavoro socializzanti (C3)

Diverse attività ricreative, sociali, culturali (B2).

1.3.1.4 Area adulti, disagio generalizzato

I principali servizi/interventi attivi sul territorio al fine di sostenere le persone in difficoltà e le rispettive famiglie e a contrastarne l'emarginazione sono:

- borse sociali (B1). Nel corso del 2010 nel territorio distrettuale di Cervignano sono state attivate 100 borse lavoro, per la maggior parte dai servizi sanitari. Il SSC ha attivato nell'anno 4 borse lavoro, confermandosi come uno dei SSC provinciali e regionali che fa meno ricorso a tale strumento. Se consideriamo unitamente le borse SSC e di comune, che si rivolgono allo stesso target di persone e hanno contenuti e modalità attuative molto simili, notiamo che, nel 2010, le borse lavoro attivate nell'ambito distrettuale 5.1 sono state complessivamente 11, l'1,2% sul totale regionale e il 3,7% su quello provinciale (Fig.13).

Figura 13 - Persone in "Borsa Lavoro" nel 2010 per territorio di residenza e per tipologia di strumento utilizzato

Territorio di residenza dei beneficiari	Borse lavoro SSC svantaggiati	Borse lavoro comunali svantaggiati	Borse lavoro disagio devianza	Tirocini formativi disabili LR 18/05	Tirocini formativi disabili LR 41/96	Borse Lavoro Salute Mentale	Borse Lavoro Dipendenze	TOTALE UTENTI IN BORSA LAVORO
3.1 GEMONA	34	-	1	4	12	22	8	81
3.2 CARNIA	9	28	12	5	18	21	11	104
TOTALE ASS 3	43	28	13	9	30	43	19	185
4.1 SAN DANIELE	-	-	3	2	25	40	12	82
4.2 TARCENTO	-	-	5	3	10	21	7	46
4.3 CIVIDALE	-	-	2	4	19	26	3	54
4.4 CODROIPO	32	-	5	4	16	28	6	91
4.5 UDINE	-	50	48	20	58	80	60	316
TOTALE ASS 4	32	50	63	33	128	195	88	589
5.1 CERVIGNANO	4	5	3	4	27	52	5	100
5.2 LATISANA	71	-	12	10	29	45	10	177
TOTALE ASS 5	75	5	15	14	56	97	15	277
TOTALE PROVINCIA	150	83	91	56	214	335	122	1.051

Fonte: Elaborazione su Dati OPS Provincia di Udine

- Fondo di solidarietà regionale (F15)
- Progetti personalizzati per adulti in carico ai Servizi Specialistici della Salute Mentale tramite F.A.P. psichiatrici (C4; D5)
- Agenzia sociale per la casa (A2)
- Contributi economici in varie forme (per cure o prestazioni sanitarie; a titolo di prestito (prestiti d'onore); per l'alloggio; a integrazione del reddito familiare (F5; F12; F13;F14;F15)

1.3.2 L'offerta non istituzionale del territorio

Appare importante, a questo punto, mettere in evidenza l'apporto di soggetti non istituzionali radicati nel territorio che per vocazione si dedicano all'assistenza e all'aiuto delle fasce fragili della popolazione, contribuendo significativamente al welfare locale. I dati sotto riportati confermano la presenza e la gravità dei fenomeni di disagio sociale ed economico che hanno ormai colpito in maniera rilevante anche la popolazione locale, in un'area territoriale considerata fino a poco tempo fa prospera e facente parte del "ricco Nordest".

1.3.2.1 CARITAS – Centro di Ascolto della Forania di Palmanova

Durante l'anno 2011 il CDA di Palmanova ha seguito 187 nuclei familiari. Gli intestatari delle schede sono stati per il 53,5% maschi e in misura maggiore stranieri (60%). Il numero delle donne italiane (41) ha superato quello dei maschi italiani (34). Si tratta soprattutto di donne sole o sole con figli, separate, divorziate, vedove o nubili, ma si tratta anche di 12 donne sposate. La fascia d'età più rappresentata è quella dei giovani adulti di età compresa tra i 31 e i 45 anni (91 persone, dei quali 58 stranieri). Sono stati seguiti 37 nuclei familiari con più di 4 membri, con problemi di reddito insufficiente, anche connesso a disoccupazione o situazioni di lavoro precario. Rispetto alle problematiche, 14 persone presentavano problematiche concomitanti nell'area abitativa, in quella lavorativa ed in quella economica. Si è registrato infine un aumento delle richieste di aiuti economici per il pagamento di bollette e affitti, richieste che hanno raggiunto ulteriori traguardi durante i primi mesi del 2012, quando oltre agli accessi diretti di nuovi utenti sono aumentati anche invii e segnalazioni effettuati dalle Assistenti sociali del territorio.

1.3.2.2. CARITAS – Centro di Ascolto della Parrocchia di San Michele Arcangelo di Cervignano del Friuli

Durante l'anno 2011 il CDA di Cervignano ha seguito 178 casi. Gli intestatari delle schede sono stati per il 51,7% maschi e in misura maggiore stranieri (53,4%). A questi vanno aggiunti una trentina di passaggi di badanti che avevano perso il lavoro e un paio di passaggi giornalieri di persone che chiedono l'elemosina facendo il giro delle parrocchie e che provengono anche da paesi al di fuori del territorio di competenza.

Il CDA ha nel complesso registrato 360 passaggi, con una media di 8-10 a settimana e un forte picco a maggio.

Gli utenti si sono rivolti al CDA principalmente per problemi economici, conseguenti alla perdita del lavoro - sostentamento e arretrati di pagamenti (50 casi, 15 badanti); problemi conseguenti a separazioni o abbandono del tetto coniugale – gestione dei figli e sostentamento, arretrati di pagamenti e spesa (15 casi); sostegno economico per affitti e bollette (40 casi); richiesta di biglietti di viaggio per rientri o proseguimenti verso i paesi di origine (20 casi); prestiti dal Microcredito diocesano e domande al Fondo di Solidarietà (20 casi); problemi vari che hanno comportato l'emissione del tesserino per la borsa spesa settimanale (un centinaio di casi). Per molti casi è stato richiesto l'intervento delle assistenti sociali.

Si segnala una difficoltà nel gestire i numeri relativi alla ricerca della casa (si tratta soprattutto di gente proveniente dal Sud), alla ricerca del lavoro (per le badanti che lo perdono e sono difficilmente re-inseribili, considerato che, con la crisi, le famiglie tendono ad occuparsi dei propri anziani in autonomia), alla richiesta di alimenti (le derrate raccolte con la Colletta alimentare di novembre o il Banco alimentare non sono sufficienti) e nel 2011 sono state distribuite 2053 borse spesa²⁰.

1.3.2.3 AUSER Volontariato Bassa Friulana

Un'associazione molto attiva nel territorio è Auser. Al 22.11.2011, l'Associazione contava 911 soci (+90% rispetto al 2010), il 63% dei quali erano donne. Si trattava soprattutto di persone con più di 65 anni (63,4%) o con un'età compresa tra i 45 e i 64 anni (31%). I 170 soci attivi, risultavano distribuiti sul territorio come segue:

Comune	n° soci attivi
Aquileia	31
Campolongo	19
Tapogliano	36
Cervignano del Friuli	29
Fiumicello	31
Ruda	24
Terzo d'Aquileia	24

1.3.2.4 Le associazioni presenti nei comuni

Nel territorio dell'ambito distrettuale hanno sede 43 organizzazioni di volontariato (OdV) iscritte all'albo regionale, equivalenti al 10,5% del totale provinciale. Sono inoltre presenti

²⁰ Va segnalato che la popolazione cervignanese si mobilita rispetto alla raccolta di cibo.

con una propria sede 10 associazioni di promozione sociale (APS) (Allegato 5 e cella F17 Allegato 6)

1.4 IL QUADRO INTERPRETATIVO

1.4.1 Aspetti demografici

1. La popolazione cresce in misura maggiore che in Provincia e Regione. Tale crescita della popolazione è imputabile a un saldo migratorio positivo.
2. Crescono principalmente i minori e gli anziani e dunque aumenta potenzialmente il carico assistenziale. A fronte dell'aumento di queste due fasce di popolazione il piano di zona si pone l'obiettivo di riqualificare l'offerta.
3. La crescita della popolazione non è omogenea nel territorio ma presenta dei picchi, in particolare a Fiumicello e Cervignano. Fiumicello rappresenta un polo di migrazione di interesse dall'area isontino-giuliana. Per quanto riguarda Cervignano è il polo principale del territorio, capace di forte attrazione di popolazione di provenienza composita anche extra-regionale, anche per l'alta concentrazione delle attività produttive della zona.
4. Benché si sia registrato comunque un incremento del flusso di stranieri rispetto al precedente PDZ, l'incremento demografico registrato non pare alimentato esclusivamente da un flusso di cittadini stranieri. Rispetto agli anni precedenti, si registra una flessione dell'incremento del flusso migratorio, verosimilmente dovuta agli effetti della crisi economica e alla conseguente modificazione dei progetti individuali e familiari di emigrazione.
5. Si conferma anche sul territorio dell'Ambito Distrettuale 5.1 la tendenza all'aumento delle famiglie anagrafiche, alla loro diversificazione in termini di composizione; alla diminuzione del numero medio di componenti. Appare necessario riflettere sulle nuove forme dell'abitare sociale.
6. L'assetto economico, pur essendo caratterizzato da un incremento della nascita delle imprese presenta una contestuale riduzione del numero di occupati, mettendo in evidenza uno stato di impoverimento del capitale sociale. Benché a fronte di un leggero miglioramento del saldo occupazionale rispetto agli anni precedenti, il valore si mantiene ancora negativo. Il dato appare ancora più preoccupante considerando che le messe in mobilità riguardano più che in altri territori, lavoratori appartenenti a ditte con meno di 15 dipendenti e che quindi non beneficiano di tutti gli ammortizzatori sociali previsti. Gli effetti della crisi economica sull'occupazione si riflettono inevitabilmente anche sugli inserimenti lavorativi delle persone disabili, in sensibile calo nell'ultimo periodo.
7. La rilevanza della attività produttiva agricola in quest'area dà spiegazione della maggiore percentuale di occupati in questo settore rispetto ad altri territori regionali.
8. Relativamente alla tipologia degli strumenti contrattuali si registra, come altrove, l'aumento delle forme a tempo determinato e a chiamata, confermando il prevalere della precarietà occupazionale.

1.4.2 I bisogni della popolazione

1. Gli aspetti climatici sopra descritti evidenziano anche in questo territorio la presenza di condizioni che favoriscono l'inquinamento atmosferico e dunque in conseguenza possono favorire l'insorgenza di patologie nella popolazione.
2. Dal punto di vista dell'assistenza sanitaria, il profilo di comunità evidenzia che la popolazione locale beneficia di un buon livello di cure e di assistenza, se confrontato con altri territori regionali, sulla base di dati di attività dei servizi, di ricorso all'ospedalizzazione. In particolare si evidenzia il forte impegno sulla domiciliarità.
3. Aumentano i casi in carico (quasi raddoppiati rispetto al precedente PDZ); tra i casi in carico, vi è una crescita rilevante dell'incidenza degli anziani a fronte invece di una riduzione della fascia adulta. L'aumento degli anziani in carico è strettamente collegato all'invecchiamento della popolazione e alla presenza dei "grandi anziani", consumatori di prestazioni sociali e sanitarie.
4. Dal punto di vista degli interventi si segnala un'espansione di quelli di natura economica grazie anche all'attivazione di fondi dedicati.
5. Rispetto all'esiguo numero delle "borse lavoro" attivate nell'Ambito Distrettuale, si osserva che il ricorso a detto strumento è stato volutamente limitato per la scarsa e incerta definizione normativa dell'istituto e per l'intento di evitarne l'uso assistenzialistico di lungo periodo per soggetti fragili e non inseribili nel mondo del lavoro. Nel nostro Ambito si parla di progetti di inclusione sociale, con i quali si attiva un percorso educativo propedeutico ad eventuali inserimenti lavorativi.

1.4.3 L'offerta del territorio

Rispetto alle macro-aree di bisogno (minori, anziani, disabili, adulti e disagio generalizzato) accanto alle azioni/interventi intrapresi dall'Ambito Distrettuale, insieme ai Comuni, all'ASS 5, alla Provincia, alla Regione e volti a favorire la domiciliarità, la permanenza di minori, anziani, disabili presso le loro famiglie, l'integrazione delle persone a rischio di emarginazione, si segnala la presenza e l'azione diffusa degli organismi di volontariato e dell'associazionismo in generale. Tali organismi necessitano di maggiore valorizzazione ed integrazione nelle politiche di intervento sociale, anche se le loro finalità statutarie non sono direttamente connesse alle politiche sociali.

1.4.4 Il punto di vista dei tavoli tematici

Dagli incontri dei tavoli tematici costituiti per il confronto sulla lettura del profilo di comunità e sulla condivisione degli obiettivi generali e delle azioni del Piano di zona 2013-2015, sono emerse alcune riflessioni che meritano attenzione all'interno del presente quadro interpretativo, in quanto aggiungono il punto di vista dei soggetti del non profit appartenenti alla comunità ed arricchiscono l'analisi interpretativa dei dati.

1.4.4.1 Tavolo anziani

In senso generale viene rilevato che le persone e le famiglie si stanno impoverendo, sia in termini di numero dei membri sia in termini di capacità economiche e questo influisce sulla capacità delle famiglie stesse di farsi carico delle persone anziane che diventano non-autosufficienti. Si rileva che anche coloro che lavorano si sono "impoveriti", ovvero hanno un reddito con il quale non si riesce a far fronte alle necessità di base. In particolare le cooperative sociali che gestiscono i servizi di assistenza domiciliare e di casa di riposo

mettono in evidenza che i loro operatori, regolarmente assunti e con un lavoro usurante, percepiscono ora un salario non adeguato alle esigenze di vita.

L'aumento delle persone anziane non-autosufficienti pone l'accento sulla carenza di posti letto nelle strutture protette e sulla presenza, nel nostro territorio, di lunghe liste d'attesa per accedervi, in particolare se si guarda alla questione delle dimissioni ospedaliere "difficili", cioè quelle di anziani privi del supporto della rete parentale e di reddito adeguato. Si ritiene che un progetto che preveda l'utilizzo di posti letto cosiddetti "di attesa" presso le strutture protette possa facilitare la gestione delle situazioni più complesse.

Un altro aspetto che viene messo in evidenza dalle associazioni riguarda il fenomeno degli anziani soli e dei nuovi rischi a cui possono essere soggetti, tanto da rappresentare una vera emergenza sociale: truffe domiciliari, dipendenze da gioco (gratta e vinci, slot machine, ecc.), facili raggiri. Questo fenomeno potrebbe essere positivamente contrastato con l'attivazione di una funzione educativa preventiva da parte dei volontari delle associazioni stesse e con la sensibilizzazione, nonché con l'attivazione, della figura dell'amministratore di sostegno per i casi più fragili.

1.4.4.2 Tavolo minori giovani e famiglia

Anche nella seduta di questo tavolo si condivide la lettura della "nuclearizzazione" delle famiglie, dell'isolamento delle madri, dell'allentamento dei legami delle reti parentali e solidaristiche. Ci troviamo di fronte al nuovo fenomeno dei nonni che non possono più tenere i nipoti perché lavorano ancora o sono occupati nell'assistenza dei loro genitori. Un'altra lettura dello stesso fenomeno rileva che sono le stesse nuove coppie a non volere più l'intervento della famiglia di origine nella cura dei propri figli, ritenendosi autosufficienti. Le associazioni presenti registrano una difficoltà delle famiglie, in particolare quelle provenienti da altri territori, ad aprirsi, socializzare e condividere. Questi fenomeni di dissoluzione dei legami sono peraltro caratteristici della società occidentale.

E' stato messo in evidenza come la parola chiave sia la parola fiducia; ciascuna famiglia si crede migliore delle altre, della scuola e ciò crea un conflitto latente tra scuola e famiglia che scoppia solo raramente. Ciò indica l'incompetenza al confronto che sta emergendo in modo drammatico nelle famiglie. Si nota per altro come ci siano tante associazioni formali, ma venga sempre meno una solidarietà di tipo informale.

Il tavolo tematico si propone con una funzione di promozione culturale finalizzata a ricercare le modalità di ricostruzione di un tessuto sociale fondato sulla fiducia.

Si rileva la necessità di mettere in rete le associazioni, in particolare quelle delle famiglie che hanno partecipato al bando regionale e ricevuto finanziamenti per la realizzazione di progetti di interesse generale.

1.4.4.3 Tavolo disabilità

Viene messa in evidenza la problematica dell'invecchiamento delle persone disabili e dei loro care giver. Questa nuova situazione, legata al più generale invecchiamento della popolazione e ai progressi delle cure mediche, deve far progettare nuove e diverse soluzioni di accoglienza delle persone disabili, sia semiresidenziali che residenziali, anche di tipo temporaneo. Il nuovo target di disabili sembra avere più necessità di interventi sanitarie e riabilitativi che di interventi educativi.

Emerge anche una lettura del rapporto disabili- lavoro: si evidenzia una maggiore flessibilità e precarietà del mondo del lavoro e a farne le spese maggiormente sono le fasce più deboli fra cui i disabili. Sono infatti i primi ad uscire dal mondo produttivo o a non riuscire ad accedervi.

Il mondo della cooperazione sociale di tipo B rileva la drastica riduzione delle commesse pubbliche e del conseguente mancato inserimento lavorativo dei disabili, pari al 30%. E' necessario, dicono, rifondare un nuovo "patto" con la società civile e produttivo-economica ed esplorare nuove realtà di inserimento, quali ad esempio le fattorie sociali. Di interesse il rapporto scuola- servizi - lavoro dedicato ai giovani disabili e la necessità di ricercare modelli di collaborazione idonei a costruire nuove opportunità.

1.4.4.4 Tavolo salute mentale/dipendenze

Anche in questo tavolo emerge la percezione di un aumento della fragilità delle persone di fronte alla complessità della vita, alla perdita di lavoro, alla solitudine e mancanza di reti familiari. Ciò comporta un aumento del ricorso al Centro di salute mentale con diverse patologie quali depressione, attacchi di panico, ansia, ecc.

Tutti mettono in evidenza il tema cruciale della prevenzione, in particolare sull'uso delle sostanze e dell'alcool, che rappresenta una vera e propria sfida. Su questo versante diventa significativa la promozione educativa in particolare rivolta ai giovani nelle scuole. Il tavolo propone che si attribuisca allo stesso una funzione conoscitiva e di coordinamento fra servizi istituzionali e realtà del privato sociale.

Ritorna forte il tema dell'inserimento lavorativo, particolarmente difficoltoso per le persone con problematiche di salute mentale e dipendenze. Si condivide il fatto che le cosiddette "borse lavoro" a volte si cronicizzano e non rappresentano una vera risposta alla questione lavorativa.

1.4.4.5 Tavolo lavoro, povertà ed esclusione sociale

Il tavolo ha riflettuto sui grandi cambiamenti del sistema occupazionale e sull'attuale crisi economica. I rappresentanti delle Caritas e del servizio sociale segnalano gli elevati numeri di persone che cercano sia supporti assistenziali ma soprattutto lavoro. Il Centro per l'impiego mette in evidenza la diminuzione/eliminazione dei posti riservati ai disabili ai sensi della Legge 68/99. Emerge una generalizzata difficoltà all'inserimento delle persone appartenenti alle fasce fragili, uscite da mondo del lavoro ma non in grado di "riqualificarsi" secondo le esigenze che oggi il mondo del lavoro evidenzia. Appaiono come molto negativi i tempi lunghi di inserimento al lavoro dei disabili in quanto lunghi tempi di inattività alzano le attese e rendono possibile il fallimento dell'inserimento stesso. Diventa cruciale avviare percorsi individuali finalizzati all'accompagnamento ad un riposizionamento sul mercato del lavoro del lavoratore in difficoltà. Occorre rendersi conto che il mercato del lavoro è sostanzialmente cambiato e richiede una forte messa in gioco delle persone. In questo caso utile appare il ruolo del Centro di orientamento regionale che si trova ora ad affrontare la definizione delle competenze non solo dei giovani ma anche dei lavoratori più anziani espulsi dal mondo del lavoro. Strategico è il raccordo, fra l'altro già avviato, fra il Centro per l'impiego, il Centro di orientamento e il Servizio sociale per la ricerca di percorsi integrati a favore dell'inserimento lavorativo delle fasce fragili. Possono essere utili in questo momento esperienze quali "borse di inserimento sociale", work experience, tirocinio. Si rileva l'importanza della riqualificazione attraverso percorsi formativi. Da potenziare anche l'esperienza dei lavoratori di pubblica utilità (LPU). Emerge anche in questo territorio il fenomeno dell'impoverimento, relativo in particolare a persone che hanno il lavoro ma il cui reddito non è più in grado di soddisfare le minime esigenze di vita. Secondo il Centro per l'impiego sono 1000 all'anno le persone che perdono un lavoro a tempo indeterminato.

2. LA GOVERNANCE DEL PROCESSO DI PIANIFICAZIONE

Il percorso e le regole che l'Assemblea dei Sindaci di Ambito Distrettuale ha impostato per la governance locale risentono degli indirizzi e degli obiettivi definiti nelle Linee guida regionali.

Le linee guida per la predisposizione di questo Piano di Zona hanno previsto quale condizione strategica prioritaria il rafforzamento dell'impianto di programmazione sociale attraverso i PdZ ed, in particolare, attraverso la parte di essi relativa alle dimensioni e prestazioni del sistema integrato; ma dette linee guida hanno anche voluto riconoscere come fondamentale la dimensione comunitaria del welfare locale, dove l'assistenza e la cura fornite dai servizi strutturati ed istituzionali devono coniugarsi con quelle informali o imprenditoriali offerte dalla comunità.

L'Assemblea dei Sindaci di Ambito Distrettuale ha aperto ufficialmente il processo di pianificazione nella seduta del 16 febbraio 2012, alla presenza dei rappresentanti dei soggetti istituzionali quali il Direttore Generale n. 5 "Bassa Friulana", il Presidente del CAMPP di Cervignano del Friuli, il Presidente dell'ASP "A. Desio" di Palmanova. E' stata invitata anche la Provincia. In tale sede l'Assemblea ha approvato due documenti di indirizzo: uno riguardante le fasi processuali, individuando le finalità, i soggetti attori delle singole fasi, i contenuti ed il cronoprogramma; l'altro riguardante l'individuazione dei soggetti della pianificazione ed i livelli della governance.

Se sostanzialmente sono state confermate le linee guida regionali, si mette in evidenza che l'Assemblea ha voluto indicare come elemento portante la costituzione di una cosiddetta "**cabina di regia**" del processo di pianificazione, composta dall'Ufficio di direzione dell'SSC, dal Coordinatore sociosanitario dell'ASS 5, dal Direttore di Distretto, dai Direttori di dipartimento, ripercorrendo la positiva struttura del precedente Piano di zona.

Ha, inoltre, inteso avviare per la prima volta, in via sperimentale, un processo di pianificazione *nelle aree dell'integrazione socio-sanitaria* che risulta essere:

- **inter-istituzionale** → SSC Ambito 5.1/Distretto est/ Azienda per i servizi sanitari n° 5 "Bassa Friulana")

- **inter-territoriale e inter-istituzionale** → SSC Ambito 5.1-Distretto est/ SSC Ambito 5.2-Distretto ovest /ASS 5

Il secondo livello rappresenta **una novità** per la gestione dei processi di pianificazione locale ed ha preso forma sotto l'impulso dell'azione più generale di coordinamento nelle aree dell'integrazione sociosanitaria assunta dall'Azienda sanitaria. La sua finalità risponde ad una logica di ricomposizione dell'offerta di servizi sociosanitari e di tendenza all'omogeneizzazione degli stessi sull'intero territorio di competenza dell'Azienda sanitaria.

In seguito a questo orientamento si è costituita una **più ampia "cabina di regia"**, composta dagli Uffici di Direzione dei due Ambiti, dai due Direttori di Distretto, dal Coordinatore sociosanitario dell'ASS 5, dai responsabili dei servizi aziendali, finalizzata al governo dell'intero processo di pianificazione nelle aree dell'integrazione sociosanitaria, comuni ai due Ambiti/Distretti.

L'Assemblea dei Sindaci ha assegnato alla cabina di regia il compito di definire le regole metodologiche di composizione dei **tavoli tecnici** (composti dai rappresentanti dei servizi sanitari e sociali) e di formulare proposte per la definizione degli obiettivi e delle azioni di sistema e di area riguardanti in particolare l'integrazione sociosanitaria, facendo riferimento alle schede inserite nelle richiamate linee guida regionali.

Dopo il lavoro dei tavoli squisitamente tecnici si sono svolte due tappe importanti per la governance:

- **fase della consultazione**: nella seduta del 6 settembre 2012, l'Assemblea dei Sindaci di Ambito Distrettuale, alla presenza del Direttore generale dell'ASS 5 e dei rappresentanti degli altri soggetti istituzionali quali il CAMPP e l'ASP "A. Desio" di Palmanova, ha **approvato le regole per il governo del processo di partecipazione dei soggetti non-istituzionali**. Questa fase è finalizzata alla condivisione e confronto riguardo gli obiettivi e azioni delle aree tematiche in tavoli cosiddetti tematici composti sia dai rappresentanti istituzionali sia dagli attori non istituzionali espressione della comunità locale.

- **fase della concertazione** – nella seduta del 13 settembre 2012 si è svolta un'Assemblea dei Sindaci allargata alle rappresentanze del mondo del terzo settore e della cooperazione sociale, dei sindacati, di altri soggetti istituzionali quali il CAMPP, l'ASP "A. Desio", gli istituti scolastici, il Centro regionale di orientamento, finalizzata alla concertazione degli obiettivi generali e delle priorità del Piano di zona.

Si mettono in evidenza di seguito gli aspetti più significativi delle diverse fasi del percorso.

Dei **5 tavoli tecnici/professionali formati congiuntamente con l'Ambito di Latisana** si dà conto nella premessa alla parte sociosanitaria integrata.

Per quanto riguarda **la fase della concertazione** si può rilevare che essa ha portato alla condivisione degli obiettivi generali e strategici della programmazione zonale per il triennio 2013-2015, sulla base di quanto portato in luce dalla discussione dei tavoli tecnico/professionali.

Gli obiettivi generali e strategici che sono stati concertati il 13 settembre sono i seguenti:

- 1) mantenimento e, ove possibile, ottimizzazione del sistema di offerta di servizi ed interventi sociali e sociosanitari esistenti. Inserimento di criteri di priorità nell'erogazione degli interventi in relazione alle risorse disponibili;
- 2) sviluppo dell'integrazione sociosanitaria attraverso la revisione e riorganizzazione interna al sistema dei servizi sociosanitari in termini di accesso, valutazione multiprofessionale, progettazione personalizzata, continuità delle cure, al fine di adattarlo alle mutate condizioni socio-culturali ed economiche;
- 3) Sviluppo delle sinergie fra i diversi attori istituzionali e non istituzionali del sistema al fine di evitare la "polverizzazione" degli interventi e le sovrapposizioni;

- 4) contrasto ai diffusi fenomeni di povertà ed esclusione sociale attraverso l'inserimento lavorativo di soggetti fragili nelle cooperative sociali di tipo B a seguito di affidamento di almeno una percentuale concertata di lavori/servizi da parte degli enti istituzionali;
- 5) contrasto ai diffusi fenomeni di povertà ed esclusione sociale attraverso l'inserimento delle cosiddette "clausole sociali" all'interno degli appalti/affidamenti di lavori e servizi da parte della pubblica amministrazione con la previsione di inserimenti lavorativi per soggetti fragili;
- 6) contrasto al fenomeno dell'emergenza abitativa attraverso progetti di housing sociale quali la gestione di alloggi di emergenza ed albergaggi e riqualificazione di aree urbane per alloggi ad affitto concertato (Cervignano del Friuli);
- 7) contrasto dell'istituzionalizzazione dei minori attraverso lo sviluppo e valorizzazione delle diverse forme di affidamento familiare e di diversi progetti personalizzati che privilegino la permanenza del minore nel proprio nucleo di origine;
- 8) attenzione alle problematiche delle relazioni familiari e alle situazioni di conflitto familiare sempre più diffuse;
- 9) sviluppo e valorizzazione della sussidiarietà orizzontale e della responsabilità diffusa degli organismi della società civile, sia dei soggetti no profit sia profit;
- 10) sperimentazione di progetti personalizzati e flessibili a favore dei disabili, con il coinvolgimento delle diverse opportunità del territorio, in alternativa o integrazione all'inserimento nei Centri semi residenziali, con particolare riferimento ai soggetti giovani che hanno terminato il percorso scolastico, in collaborazione con il CAMPP.
- 11) Contrasto ai fenomeni di impoverimento ed esclusione sociale attraverso la sperimentazione di percorsi di "accompagnamento" delle persone in progetti personalizzati, con il supporto del volontariato.

Per quanto riguarda la **fase della consultazione** va sottolineato che sono state introdotte delle novità rispetto la precedente stagione pianificatoria (2006-2008).

L'Assemblea ha deciso di promuovere la partecipazione degli attori della società civile attraverso un "Avviso pubblico" che ha regolamentato principalmente i seguenti aspetti: *Finalità della governance, le categorie di soggetti non istituzionali chiamati a concorrere al processo di pianificazione, la tipologia dei tavoli tematici di partecipazione (loro funzioni, composizione, numero, durata,...); i livelli di consultazione; infine i criteri di selezione dei soggetti candidati.*

Si è ritenuto opportuno facilitare l'avvio di questa fase con lettere personalizzate inviate a tutti quei soggetti che avevano sottoscritto il precedente accordo di programma.

La composizione dei tavoli e tutte le procedure di selezione sono state gestite dalla "cabina di regia" del solo Ambito di Cervignano del Friuli, che in base ai criteri presentati nel bando o in base alle valutazioni ritenute appropriate in deroga ai criteri stessi, ha individuato i soggetti titolari e i loro eventuali sostituti dei cinque tavoli tematici.

Operativamente questo momento di definizione dei tavoli è stato gestito con le seguenti tempistiche e modalità:

- pubblicazione dell'avviso pubblico e termini di presentazione delle domande;
- costruzione di un data base per la raccolta delle domande pervenute e la proposta di assegnazione ai tavoli;
- valutazione e selezione dei rappresentanti nel tavolo;

- comunicazione della definizione dei tavoli ai componenti e predisposizione di un calendario di convocazione per la fase di consultazione.

Dal monitoraggio effettuato emerge che sono pervenute 31 domande da parte di soggetti non istituzionali che si possono così distinguere per categoria:

Tipologia	Numero soggetti	di cui non accolti
Sindacati pensionati	4	
Associazioni	13	1
Cooperative sociali	9	1
Comitati	2	
Enti religiosi (caritas)	2	
Privato imprenditoriale	1	
	31	2

I soggetti chiamati a partecipare ai tavoli sono **29**.

Poiché ogni richiedente poteva candidarsi su più tavoli tematici questa risulta la distribuzione dei soggetti non istituzionali per tavolo tematico:

Tipologia	Tavolo anziani	Tavolo minori	Tavolo disabilità	Tavolo dipendenze/salute mentale	Tavolo lavoro, contrasto povertà
Sindacati pensionati	4	0	0	0	0
Associazioni	2	5	1	3	1
Cooperazione sociale	4	2	3	3	2
Comitati	0	1	1	0	
Enti religiosi	0	0	1	0	2
Privato imprenditoriale	0	1	0	0	
	10	9	6	6	5

Insieme agli attori non istituzionali ai tavoli hanno partecipato:

- 1 amministratore per ogni tavolo tematico

- rappresentanti istituzionali dei servizi sociali, sanitari, specialistici dell'Azienda Sanitaria, della Scuola, del Camp, della Provincia (Centro per l'impiego) e della Regione (Centro di orientamento).

La composizione definitiva ha visto la seguente partecipazione distribuita per tavolo:

ASSEGNAZIONE TAVOLO	Totale componenti
Anziani, terminalità e cronicità	20
Dipendenze/Salute mentale	16
Disabilità	14
Lavoro, inclusione sociale e contrasto alla povertà	18
Minori, giovani e famiglia	18
Totale complessivo	86

La prima fase della consultazione è stata gestita a livello del singolo ambito distrettuale. E' stato fissato il seguente calendario degli incontri dei cinque tavoli tematici nel mese di novembre 2012.

Tavolo anziani	7 novembre 2012
Tavolo minori	15 novembre 2012
Tavolo disabilità	19 novembre 2012
Tavolo salute mentale/dipendenze	21 novembre 2012
Tavolo lavoro, contrasto alla povertà	3 dicembre 2012

Nel corso di questi incontri il Responsabile di Ambito, il Direttore del Distretto ed il Coordinatore socio sanitario dell'ASS 5 hanno avuto il ruolo di conduttori.

Si è registrata la massima partecipazione dei componenti ed il confronto e la discussione sono stati alquanto proficui. Si possono considerare raggiunti gli obiettivi di questa prima fase che sono stati:

- rendere note e condivise le regole del percorso seguito; gli obiettivi strategici locali; le schede di progettazione di sistema scritte in sede di tavoli tecnici.
- confrontarsi sulla lettura del profilo di comunità e raccogliere ulteriori spunti ed elementi di analisi del bisogno e dell'offerta. Ognuno ha potuto portare osservazioni e punti di vista.

Si può affermare che i contenuti emersi durante gli incontri dei tavoli tematici sono stati riportati in un apposito paragrafo del profilo di comunità.

Questi tavoli avranno una durata triennale e una funzione di monitoraggio e consultazione riguardo l'andamento generale di quanto pianificato nelle singole aree di intervento.

La fase della co-progettazione sarà gestita a livello congiunto fra i suoi Ambiti/Distretti. Si prevede, infatti, che nel corso del 2013 vi sia la scomposizione dei tavoli tematici di ciascuno in

tavoli di approfondimento trasversali, finalizzati alla definizione di specifiche azioni progettuali. In tal caso il coinvolgimento dei soggetti sarà definito in base all'assunzione di precisi impegni nella realizzazione di azioni progettuali che prevedono la messa a disposizione di risorse proprie. A scopo saranno utilizzate forme di collaborazione con i soggetti del terzo settore alternativi all'appalto e formulate alla luce delle normative vigenti.

Le forme di collaborazione con i soggetti del terzo settore, finalizzate a concretizzare la fattiva partecipazione del privato sociale alla realizzazione della rete dei servizi, sono previste nello specifico allegato all'accordo di programma.

Le modalità di collaborazione con l'Amministrazione provinciale sono definite nell'accordo di programma.

Per quanto riguarda la **condivisione della funzione di governo della pianificazione territoriale nelle aree dell'integrazione sociosanitaria** vale la pena ricordare le tappe in cui si è svolta:

- *Assemblea dei Sindaci del 16 febbraio 2012* di apertura della pianificazione zonale. Presenza del Direttore Generale ASS 5. fase ed attori della governance;
- *Assemblea dei Sindaci del 6 settembre 2012*. Presenza del Direttore Generale ASS 5. Approvazione delle regole per la governance e prima condivisione degli obiettivi generali e strategici della programmazione zonale, comprendente le aree dell'integrazione sociosanitaria;
- *Assemblea dei Sindaci del 13 settembre 2012*. Presenza del Direttore Generale ASS 5. Concertazione degli obiettivi generali e strategici del Piano di zona;
- *Assemblea dei Sindaci del 26 settembre 2012*. Presenza del Direttore Generale ASS 5. Approvazione delle schede relative al Piano di zona nelle aree dell'integrazione sociosanitaria e pre-intesa. Invio del documento in Regione;
- *Assemblea dei Sindaci del 16 ottobre 2012*. Approvazione delle schede del Piano attuativo annuale 2013 nelle aree dell'integrazione sociosanitaria ed invio in Regione;
- *Assemblea dei Sindaci del 20 dicembre 2012*. Presenza del Direttore Generale ASS 5. Approvazione del Piano di zona e del Piano attuativo annuale 2013 e sottoscrizione dell'atto di intesa per la parte relativa alle aree dell'integrazione sociosanitaria.

3. AZIONI DI SISTEMA

3.1 Le azioni di sistema dell'area sociale

La L.R. 6/2006 ha posto in evidenza la centralità del governo del sistema e della sua organizzazione, dando forza e struttura alla gestione associata delle funzioni di programmazione e gestione dei servizi socio-assistenziali, socio-sanitari e socio-educativi.

Il rilievo viene dato al ruolo degli Enti locali, titolari delle funzioni amministrative, che in forma associata programmano e gestiscono in diverse forme il sistema integrato di interventi e servizi sociali.

La gestione associata, nata negli anni '90, ha trovato la sua definizione più compiuta con la succitata L.R. 6/2006, con l'approvazione del primo piano di zona 2006-2008 e con l'adozione di una nuova convenzione istitutiva a partire dal 2008.

Nella nuova convenzione e atto di delega si sono disegnate le nuove forme associate, la loro organizzazione, la loro dotazione organica, il sistema delle regole, la dimensione delle funzioni delegate, gli strumenti operativi, le modalità di raccordo per la realizzazione dell'integrazione sociosanitaria.

Nell'Ambito Distrettuale di Cervignano del Friuli, a partire dal 2007, si è sviluppato un percorso di forte integrazione fra i Comuni associati, tanto da portare alla definizione di una "delega" alla gestione associata comprensiva di molte funzioni di cui erano titolari e gestori direttamente i singoli comuni, così come previsto da norme statali e regionali. Si è voluto sperimentare un modello che vedesse un buon impianto direzionale/amministrativo centrale, strettamente collegato agli uffici periferici di servizio sociale, presenti in ogni comune come prima porta d'accesso al sistema integrato. Si è trattato, pertanto, di sviluppare e raccordare sempre più funzioni centrali e funzioni periferiche, valorizzando in particolare le funzioni professionali del servizio sociale a diretto contatto con i cittadini ed inserito nei contesti comunitari.

Il sistema necessita di continua "manutenzione" e messa a punto, finalizzata a mantenere un corretto equilibrio fra spinte individualiste dei singoli Comuni e le deleghe deresponsabilizzanti all'organismo centrale.

Garante di questo funzionamento è l'Assemblea dei Sindaci di Ambito Distrettuale che, nello svolgimento delle sue funzioni di indirizzo e di alta amministrazione, contempera gli interessi in gioco e detta le linee guida su cui deve assestarsi il sistema stesso.

Nel corso del 2012 sono state messe a punto **quattro forti azioni di sistema**:

- Il rafforzamento della Pianta Organica aggiuntiva con l'assunzione a tempo indeterminato di un istruttore direttivo amministrativo di cat. D per il coordinamento dell'ufficio amministrativo;
- Il conseguente rafforzamento dell'Ufficio di Direzione;
- L'adeguamento del Regolamento per l'accesso al sistema di interventi e servizi sociali dell'intero Ambito con la previsione della compartecipazione degli utenti al costo dei servizi/interventi. E' dal 2003 che questo SSC è dotato di questo importante strumento;
- Il rinnovo ed adeguamento della convenzione istitutiva del SSC e dell'atto di delega, che definisce una "delega" ancora più ampia di funzioni alla gestione associata, portando a compimento un passaggio iniziato già in maniera importante nel 2007. A tal scopo si inserisce l'allegato all'atto di delega riportante tutte le funzioni delegate;
- La dotazione, in via sperimentale, del sistema informatico INSOFT per la gestione delle linee di lavoro sotto l'aspetto amministrativo/contabile, a fianco del sistema regionale della cartella sociale.

Con l'avvio di queste azioni di sistema si è voluto dare strutturazione adeguata alla gestione associata, consapevoli che nel corso degli anni dovranno essere implementate ulteriori azioni di verifica e consolidamento.

Per quanto riguarda l'obiettivo della stabilizzazione/consolidamento dei livelli delle prestazioni si può affermare che tutti gli interventi e servizi di cui alla L.R. 6/2006 sono erogati dal sistema, o gestiti direttamente dallo stesso o presenti nella rete dell'offerta pubblica/privata. Si mette in rilievo che nel Regolamento per l'accesso al sistema, oltre alle forme di compartecipazione dei cittadini al

costo dei servizi, sono previsti i livelli essenziali delle prestazioni che vengono assicurate dal sistema stesso in termini quantitativi e qualitativi, nelle more della definizione da parte dello stato e della regione.

Particolare attenzione verrà posta alla questione della “governance” sociale quale modalità di coinvolgimento della comunità locale, anche attraverso bandi di co-progettazione con gli organismi del terzo settore.

AZIONE DI SISTEMA – SCHEDA PDZ N. 1
GOVERNANCE SOCIALE

OBIETTIVO	REGIONALE N. 1.1 - Rafforzare il coinvolgimento della comunità nella realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi sociali di tipo solidale e universalistico/selettivo	<input checked="" type="checkbox"/> SOCIALE <input type="checkbox"/> SOCIOSANITARIO
MACROAZIONE N. 1.1.1	Dare continuità ai tavoli tematici di consultazione per il monitoraggio e la verifica delle azioni programmate nelle diverse aree tematiche, sia a livello di Ambito/Distretto sia congiuntamente con l'Ambito/Distretto ovest di Latisana	
OBIETTIVI DI AREA COLLEGATI	Si richiamano tutti gli obiettivi di area	
SERVIZI E INTERVENTI COINVOLTI	Ufficio di direzione e programmazione del Servizio Sociale dei Comuni, Direzione del Distretto, Coordinamento sociosanitario dell'ASS 5, A1.	
ANNO 2013	SSC e ASS svolgeranno le seguenti azioni: - realizzazione di almeno 2 incontri per tavolo tematico di consultazione a livello di Ambito/Distretto di Cervignano del Friuli; - costituzione di tavoli congiunti con l'Ambito/Distretto di Latisana su tematiche specifiche (es. affidamento familiare, case di riposo, progetti innovativi per la disabilità, problematiche della povertà, ecc), che prevedono la presenza di rappresentanti dei tavoli tematici di entrambi i territori (ipotesi 5 tavoli congiunti); - realizzazione di almeno 2 incontri per ciascun tavolo congiunto (10 incontri); - predisposizione di almeno 1 bando di co-progettazione - avvio di 1 tavolo di co-progettazione	
ANNO 2014	SSC e ASS svolgeranno le seguenti azioni: - realizzazione di almeno 2 incontri per tavolo tematico di consultazione a livello di Ambito/Distretto di Cervignano del Friuli per il monitoraggio e la verifica delle azioni programmate ; - realizzazione di almeno 2 incontri per ciascun tavolo congiunto (10 incontri) - predisposizione di almeno 1 bando di co-progettazione - realizzazione di 1 almeno 1 tavolo di co-progettazione	
ANNO 2015	SSC e ASS svolgeranno le seguenti azioni: - realizzazione di almeno 2 incontri per tavolo tematico di consultazione a livello di Ambito/Distretto di Cervignano del Friuli per il monitoraggio e la verifica delle azioni programmate ; - realizzazione di almeno 2 incontri per ciascun tavolo congiunto (10 incontri); - predisposizione di almeno 1 bando di co-progettazione - realizzazione di 1 almeno 1 tavolo di co-progettazione	
INDICATORI DI RISULTATO NEL TRIENNIO	Verbali di costituzione e di esito dei tavoli tematici e di co-progettazione. 1 bando di co-progettazione	

MACROAZIONE N. 1.1.2	Aggiornare il quadro conoscitivo del territorio, il profilo di comunità e l'offerta dei servizi, progetti, interventi.
OBIETTIVI DI AREA COLLEGATI	Si richiamano tutti gli obiettivi di area
SERVIZI E INTERVENTI COINVOLTI	Ufficio di direzione e programmazione del Servizio Sociale dei Comuni, Direzione del Distretto, Coordinamento sociosanitario dell'ASS 5, A1.
ANNO 2013	<ul style="list-style-type: none"> - aggiornamento, con personale incaricato, del profilo di comunità utilizzando i dati più recenti, in particolare quelli del censimento 2011; - aggiornamento dell'offerta dei servizi/progetti/interventi - approfondimenti e studi di impatto riguardanti diverse misure ed interventi (es. impatto contributi Fondo regionale di solidarietà) - restituzione dei dati e delle analisi ai diversi attori della programmazione.
ANNO 2014	<ul style="list-style-type: none"> - aggiornamento, con personale incaricato, del profilo di comunità utilizzando i dati più recenti, in particolare quelli del censimento; - aggiornamento dell'offerta dei servizi/progetti/interventi - restituzione dei dati e delle analisi ai diversi attori della programmazione.
ANNO 2015	<ul style="list-style-type: none"> - aggiornamento, con personale incaricato, del profilo di comunità utilizzando i dati più recenti, in particolare quelli del censimento; - aggiornamento dell'offerta dei servizi/progetti/interventi - restituzione dei dati e delle analisi ai diversi attori della programmazione.
INDICATORI DI RISULTATO NEL TRIENNIO	Profilo di comunità annualmente aggiornato. Incontri per la restituzione dei dati Documenti descrittivi dell'offerta aggiornati e promossi (cfr. Obiettivo 4.5)

MACROAZIONE N. 1.1.3	Avviare studi e raccordi per promuovere forme di compartecipazione economica di soggetti sociali ed economici su progetti specifici (fundraising)
OBIETTIVI DI AREA COLLEGATI	Si richiamano tutti gli obiettivi di area
SERVIZI E INTERVENTI COINVOLTI	Ufficio di direzione e programmazione del Servizio Sociale dei Comuni, Direzione del Distretto, Coordinamento sociosanitario dell'ASS 5.
ANNO 2013	SSC svolgerà le seguenti azioni : <ul style="list-style-type: none"> - mappatura dei soggetti potenzialmente coinvolgibili nella realizzazione di progetti specifici in relazione a tematiche emergenti; - studio di modelli di fundraising; - coinvolgimento dell'Assemblea dei Sindaci per la promozione dei progetti verso i soggetti individuati;
ANNO 2014	SSC svolgerà le seguenti azioni : <ul style="list-style-type: none"> - avvio sperimentazione di forme di fundraising
ANNO 2015	SSC svolgerà le seguenti azioni : <ul style="list-style-type: none"> - sperimentazione di forme di fundraising.
INDICATORI DI RISULTATO NEL TRIENNIO	Realizzazione di 1 progetto/intervento su tematica specifica a cui ha contribuito un soggetto sociale o economico esterno

OBIETTIVO	REGIONALE N. 1.2 – Favorire nell’ambito dei percorsi di assistenza, di protezione e promozione sociale, la messa a sistema delle attività di soggetti non istituzionali operanti nel territorio, beneficiari di contributi economici regionali, provinciali e comunali erogati a sostegno delle attività degli stessi soggetti a favore di persone in stato di bisogno, allo scopo di capitalizzare, in un’ottica di sinergia e di coordinamento, le risorse finanziarie pubbliche erogate.	X <input type="checkbox"/>	SOCIALE SOCIOSANITARIO
MACROAZIONE N. 1.2.1	Condividere progettualità e definire protocolli operativi con i soggetti non istituzionali beneficiari di contributi economici pubblici, favorendo la coerenza delle attività con i bisogni rilevati e la programmazione zonale.		
OBIETTIVI DI AREA COLLEGATI	Si richiamano tutti gli obiettivi di area		
SERVIZI E INTERVENTI COINVOLTI	Ufficio di direzione e programmazione del Servizio Sociale dei Comuni, Direzione del Distretto, Coordinamento sociosanitario dell’ASS 5, A1.		
ANNO 2013	SSC e ASS svolgeranno le seguenti azioni: - aggiornamento dei soggetti non istituzionali operanti sul territorio, beneficiari di contributi economici pubblici; - avvio di raccordi con tali soggetti, per area tematica, al fine di ricondurre le iniziative finanziate nell’alveo della programmazione zonale, con particolare riferimento alle associazione delle famiglie che partecipano ai bandi regionali (cfr. Ob. 10); - raccordi con i tavoli tematici di consultazione e co-progettazione		
ANNO 2014	SSC e ASS svolgeranno le seguenti azioni: - aggiornamento dei soggetti non istituzionali operanti sul territorio, beneficiari di contributi economici pubblici; - avvio di raccordi con tali soggetti, per area tematica, al fine di ricondurre le iniziative finanziate nell’alveo della programmazione zonale, con particolare riferimento alle associazione delle famiglie che partecipano ai bandi regionali (cfr. Ob. 10); - sottoscrizione protocolli operativi con i soggetti; - raccordi con i tavoli tematici di consultazione e co-progettazione		
ANNO 2015	SSC e ASS svolgeranno le seguenti azioni: - aggiornamento dei soggetti non istituzionali operanti sul territorio, beneficiari di contributi economici pubblici; - avvio di raccordi con tali soggetti, per area tematica, al fine di ricondurre le iniziative finanziate nell’alveo della programmazione zonale, con particolare riferimento alle associazione delle famiglie che partecipano ai bandi regionali (cfr. Ob. 10); - sottoscrizione protocolli operativi con i soggetti;		
INDICATORI DI RISULTATO NEL TRIENNIO	Numero progetti condivisi con i soggetti non istituzionali per l’ottenimento di contributi regionali. (Valore atteso: nel triennio 2013-2015 almeno il 70% dei soggetti non istituzionali beneficiari di contributi economici pubblici sottoscrivono protocolli operativi con il SSC)		

AZIONE DI SISTEMA - SCHEDA PDZ N. 2
CONSOLIDAMENTO DEL GOVERNO DEL SISTEMA INTEGRATO

OBIETTIVO	REGIONALE N. 2.1 - Consolidare il sistema associato di governo del sistema locale degli interventi e dei servizi sociali	X <input type="checkbox"/> SOCIALE SOCIOSANITARIO
MACROAZIONE N. 2.1.1	Rafforzare la gestione associata del sistema locale degli interventi e servizi sociali attraverso il consolidamento ed aumento delle funzioni delegate al SSC, l'utilizzo di strumenti gestionali informatici, l'aggiornamento del regolamento unico di Ambito, il rafforzamento del settore direzionale/amministrativo.	
OBIETTIVI DI AREA COLLEGATI	Si richiamano tutti gli obiettivi di area	
SERVIZI E INTERVENTI COINVOLTI	Ufficio di direzione e programmazione del Servizio Sociale dei Comuni	
ANNO 2013	SSC svolgerà le seguenti azioni: - aggiornamento della convenzione per la gestione associata del SSC, avvenuto nel dicembre 2012, che comporta l'aumento delle funzioni delegate. Il sistema è pertanto complessivamente gestito a livello associato, lasciando ai Comuni limitatissime funzioni residue (scheda allegata funzioni della gestione associata SSC); - implementazione dell'utilizzo del sistema gestionale informatico INSOFT, finalizzato a gestire tutta la parte economico/finanziaria delle linee di lavoro; - nel corso del 2012 è stato aggiornato il già presente regolamento unico del SSC per l'accesso al sistema dei servizi ed interventi sociali; - l'Ufficio di Direzione e programmazione è stato rafforzato nel corso del 2012 con l'assunzione di una nuova figura di istruttore direttivo amministrativo cat. D; - sperimentazione di sistemi informatici per la gestione della presa in carico integrata sociosanitaria (cfr. azioni di sistema integrate)	
ANNO 2014	SSC svolgerà le seguenti azioni : - implementazione dell'utilizzo del sistema gestionale informatico INSOFT, finalizzato a gestire tutta la parte economico/finanziaria delle linee di lavoro o di altre strumenti messi a disposizione dalla regione; - eventuale aggiornamento del già presente regolamento unico del SSC per l'accesso al sistema dei servizi ed interventi sociali(vedi modifica dell'ISEE); - implementazione modelli regionali di documentazione/rendicontazione delle risorse finanziarie e non	
ANNO 2015	SSC svolgerà le seguenti azioni : - implementazione dell'utilizzo del sistema gestionale informatico INSOFT, finalizzato a gestire tutta la parte economico/finanziaria delle linee di lavoro o di altre strumenti messi a disposizione dalla regione; - eventuale aggiornamento del già presente regolamento unico del SSC per l'accesso al sistema dei servizi ed interventi sociali(vedi modifica dell'ISEE); - implementazione modelli regionali di documentazione/rendicontazione delle risorse finanziarie e non.	

<p>INDICATORI DI RISULTATO NEL TRIENNIO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • N. operatori equivalenti dedicati all'attività dell'Ufficio di direzione e programmazione: 4; • alimentazione dei sistemi informativi previsti; • adozione modelli regionali di documentazione/rendicontazione; • presenza regolamento aggiornato per l'accesso e la compartecipazione degli utenti al costo dei servizi. <p><i>Valore atteso</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • L'ufficio di direzione e programmazione del SSC è dotato di risorse professionali dedicate. • I sistemi informativi previsti dalla Regione vengono alimentati sistematicamente. • Vengono adottati modelli regionali di documentazione/rendicontazione. • E' presente un regolamento aggiornato per l'accesso e la compartecipazione degli utenti al costo dei servizi.
--	---

Si veda Allegato E) - Scheda funzioni delegate gestione associata SSC.

AZIONE DI SISTEMA- SCHEDA PDZ N.3

STABILIZZAZIONE/CONSOLIDAMENTO DEI LIVELLI DI PRESTAZIONE

<p>OBIETTIVO</p>	<p>REGIONALE N. 3.1 - Stabilizzare e consolidare le prestazioni e gli interventi di cui all'art. 6 della legge regionale 6/2006, definendo un sistema di offerta per tipologie di servizi e prestazioni, trasversale alle aree di bisogno, articolato in: - <u>welfare d'accesso</u>, con il ruolo fondamentale riconosciuto al servizio sociale professionale, che ricomprende il servizio di segretariato sociale, le attività di presa in carico e gestione sociale del caso (case management), il servizio di pronto intervento per le situazioni di emergenza sociale; - <u>servizi domiciliari</u>, di tipo educativo, socioassistenziale e di assistenza integrata; - <u>servizi a carattere comunitario semiresidenziale</u>, compresa la rete delle strutture e dei servizi a ciclo diurno; - <u>servizi a carattere comunitario a ciclo residenziale</u>, comprendente la rete delle strutture e dei servizi a ciclo interamente residenziale anche a carattere temporaneo; - <u>misure di sostegno e assistenza economica</u>, nelle diverse forme previste dalla programmazione regionale</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> SOCIALE <input type="checkbox"/> SOCIOSANITARIO</p>
<p>MACROAZIONE N. 3.1.1</p>	<p>Consolidamento delle prestazioni connesse al Welfare di accesso, per l'intero territorio dell'Ambito distrettuale 5.1 di Cervignano del Friuli, con particolare riguardo alle funzioni fondanti il Servizio Sociale professionale, comprendente le attività di segretariato sociale, presa in carico e gestione del caso, servizio di pronto intervento sociale.</p>	
<p>OBIETTIVI DI AREA COLLEGATI</p>	<p>Area minori e famiglia: obiettivi 5.1, 5.2 e 10.1 Area anziani: obiettivi 7.1 e 7.2 Area disabilità: obiettivo 6.1 Area dipendenze e salute mentale: obiettivo 8.1 Area povertà, disagio ed esclusione sociale: obiettivo 9.1</p>	
<p>SERVIZI E INTERVENTI COINVOLTI</p>	<p>A2,A3-1,A4,A5,A6,B1,B3,C1,C2,C3,C4,C7,D1,D2, D4,D5,D6,E1,E2,E3, E4,F1,F5, F6, F7,F8-1,F8-2,F10,F11,F12,F13,F14,F15,F16-1,F16-2,F21,G3,G7,G9,H1,H5,L4, A9-SAN,E4-SAN</p>	
<p>ANNO 2013</p>	<p>Rafforzamento del ruolo del Servizio Sociale professionale attraverso: a. riqualificazione della funzione di "Segretariato sociale" e sua contestualizzazione all'interno del processo di realizzazione del sistema di accesso integrato ai servizi sociosanitari (PUA), di cui alla macroazione 4.1.1. ; b. analisi delle modalità di presa in carico e gestione dei casi da parte degli/delle assistenti sociali che compongono le due équipes (minori e adulti/anziani) dell'Ambito; c. codifica della funzione di pronto intervento sociale attraverso l'analisi delle situazioni di emergenza sociale incidenti sullo specifico territorio;</p>	

ANNO 2014	<p>a. consolidamento della funzione di Segretariato sociale;</p> <p>b. riqualificazione della funzione di presa in carico e gestione dei casi attraverso l'individuazione e lo sviluppo di buone prassi (anche prevedendo il coinvolgimento attivo di gruppi e/o comunità);</p> <p>c. elaborazione di un protocollo operativo per la definizione delle modalità di intervento nelle situazioni di pronto intervento sociale</p>
ANNO 2015	<p>a. consolidamento della funzione di Segretariato Sociale;</p> <p>b. rafforzamento delle capacità professionali in relazione alla presa in carico e gestione dei casi attraverso il potenziamento delle competenze necessarie per la costruzione di progetti personalizzati;</p> <p>c. applicazione sperimentale e monitoraggio del protocollo operativo per la definizione delle modalità di intervento nelle situazioni di pronto intervento sociale.</p>
INDICATORI DI RISULTATO NEL TRIENNIO	<p>Valori target definiti nelle schede di cui all'Allegato 3 delle Linee Guida.</p> <p>Valori attesi</p> <p>Gli scostamenti dei valori target registrati annualmente sono oggetto di valutazione.</p>

MACROAZIONE N. 3.1.2	Mantenimento e riqualificazione dei servizi domiciliari, con particolare riguardo all'assistenza domiciliare ed all'assistenza domiciliare integrata
OBIETTIVI DI AREA COLLEGATI	<p>Area anziani: obiettivi 7.1 e 7.2</p> <p>Area disabilità: obiettivo 6.1</p>
SERVIZI E INTERVENTI COINVOLTI	D1, D2, D3, D4, D6, E2, E3, E4, F5, A9 SAN, A5 SAN, A6 SAN
ANNO 2013	Analisi del target di utenza che usufruisce dei servizi SAD e ADI con particolare riguardo alle aree della terminalità, della cronicità e della non autosufficienza attraverso un'azione di approfondimento mirato dei Progetti Assistenziali Individualizzati sviluppati nel corso del 2012 per tutti gli utenti in carico al SAD e all'ADI
ANNO 2014	Sviluppo di alcune ipotesi di riqualificazione del SAD anche attraverso una riprogrammazione delle intensità dei PAI attivi ed il coinvolgimento delle reti territoriali.
ANNO 2015	Monitoraggio dell'attività di riqualificazione in rapporto all'impiego delle risorse disponibili ed al numero di PAI attivi.
INDICATORI DI RISULTATO NEL TRIENNIO	<p>Valori target definiti nelle schede di cui all'Allegato 3 delle Linee Guida.</p> <p>Valori attesi: gli scostamenti dei valori target registrati annualmente sono oggetto di valutazione.</p>

MACROAZIONE N. 3.1.3	Mantenimento e riqualificazione dei servizi socio-educativi per disabili e per minori ed adolescenti in difficoltà con particolare riguardo ai certificati con handicap grave ed ai minori interessati da provvedimenti giudiziari inerenti le visite presenziate.
OBIETTIVI DI AREA COLLEGATI	Area minori e famiglia: obiettivi 5.1, 5.2 e 10.1 Area disabilità: obiettivo 6.1 Area povertà, disagio ed esclusione sociale: obiettivo 9.1
SERVIZI E INTERVENTI COINVOLTI	C3, C7, E2, A10 SAN, A11SAN.
ANNO 2013	Rivisitazione in ordine a: <ul style="list-style-type: none"> - "Mission" del servizio - Tipologie d'intervento - Profilo professionale degli operatori dedicati - Strumenti per la valutazione delle risorse del minore, dei suoi bisogni e dei fattori di contesto - Criteri per l'individuazione del monte-ore - Procedure per l'attivazione del servizio - Progetto personalizzato - Codifica di nomenclature validate a livello di Ambito nella definizione degli obiettivi del progetto nella Cartella Sociale Informatizzata (CSI)
ANNO 2014	<ul style="list-style-type: none"> - Ridefinizione, in un'ottica di integrazione, delle funzioni delle diverse figure professionali coinvolte nell'inserimento scolastico dei minori certificati con handicap grave (insegnanti di classe, insegnanti di sostegno, collaboratori scolastici, educatori professionali, operatori socio-assistenziali) attraverso l' ampliamento del protocollo d'intesa in vigore fra Istituti scolastici pubblici, il Servizio Sociale dei Comuni e l'Azienda per i Servizi Sanitari - Potenziamento dello "spazio neutro" e dello "spazio protetto" per le situazioni di minori interessate da alta conflittualità genitoriale o comportamenti di abuso, maltrattamento e trascuratezza grave
ANNO 2015	<ul style="list-style-type: none"> - Allargamento del protocollo alle scuole private ed ai servizi per la prima infanzia - Riformulazione dell'attuale Regolamento del Servizio Sociale dei Comuni
INDICATORI DI RISULTATO NEL TRIENNIO	<p>Valori target definiti nelle schede di cui all'Allegato 3 delle Linee Guida. <i>Valori attesi</i></p> <p>Gli scostamenti dei valori target registrati annualmente sono oggetto di valutazione</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2013:Evidenza di un documento di rivisitazione dei servizi - 2014:Evidenza di un nuovo protocollo operativo ad integrazione del vigente protocollo d'intesa con le scuole - 2015:Evidenza di un documento di adesione al protocollo d'intesa da parte delle scuole private e dei servizi alla prima infanzia <p>Evidenza di un documento attestante la modifica al Regolamento del Servizio Sociale dei Comuni</p>

MACROAZIONE N. 3.1.4	Mantenimento e riqualificazione servizi a carattere comunitario semiresidenziale
OBIETTIVI DI AREA COLLEGATI	Area anziani: obiettivi 7.1 e 7.2 Area disabilità: obiettivo 6.1
SERVIZI E INTERVENTI COINVOLTI	F7, F8-2, L1, A9SAN,
ANNO 2013	Area disabilità: si veda la scheda PDZ dedicata obiettivo 6.1 Area anziani: integrazione rette per l'inserimento in centri diurni presenti nel territorio di competenza dell'Ambito distrettuale 5.1 o in altri Ambiti.
ANNO 2014	Area disabilità: si veda la scheda PDZ dedicata obiettivo 6.1 Area anziani: integrazione rette per l'inserimento in centri diurni presenti nel territorio di competenza dell'Ambito distrettuale 5.1 o in altri Ambiti e raccordo con le Amministrazioni comunali che intendono sviluppare quest'offerta di servizio (Comune di Gonars)
ANNO 2015	Area disabilità: si veda la scheda PDZ dedicata obiettivo 6.1 Area anziani: integrazione rette per l'inserimento in centri diurni presenti nel territorio di competenza dell'Ambito distrettuale 5.1 o in altri Ambiti e raccordo con le Amministrazioni comunali che intendono sviluppare quest'offerta di servizio (Comune di Gonars)
INDICATORI DI RISULTATO NEL TRIENNIO	Valori target definiti nelle schede di cui all'Allegato 3 delle Linee Guida. Valori attesi Gli scostamenti dei valori target registrati annualmente sono oggetto di valutazione.

MACROAZIONE N. 3.1.5	Mantenimento e riqualificazione servizi a carattere comunitario a ciclo residenziale , comprendente la rete delle strutture e dei servizi a ciclo interamente residenziale anche a carattere temporaneo
OBIETTIVI DI AREA COLLEGATI	Area anziani: obiettivi 7.1 e 7.2 Area disabilità: obiettivo 6.1
SERVIZI E INTERVENTI COINVOLTI	F9, H1,L1, A9 SAN, E6.
ANNO 2013	Mantenimento dell'accesso alle strutture a ciclo residenziale a favore delle persone non autosufficienti, secondo quanto formalmente disposto dalle UVM, in quanto intervento obbligatorio a tutela delle persone. Le modalità di accesso alle strutture sono descritte nel Regolamento per l'accesso al sistema interventi e servizi sociali Ambito 5.1 di Cervignano del Friuli. Si prevede sia l'accompagnamento del servizio sociale per le situazioni economicamente autonome sia l'erogazione di contributi a parziale o totale integrazione della retta di accoglimento.
ANNO 2014	Mantenimento dell'accesso alle strutture a ciclo residenziale a favore delle persone non autosufficienti, secondo quanto formalmente disposto dalle UVM, in quanto intervento obbligatorio a tutela delle persone. Le modalità di accesso alle strutture sono descritte nel Regolamento per l'accesso al sistema interventi e servizi sociali Ambito 5.1 di Cervignano del Friuli. Si prevede sia l'accompagnamento del servizio sociale per le situazioni economicamente autonome sia l'erogazione di contributi a parziale o totale integrazione della retta di accoglimento.
ANNO 2015	Mantenimento dell'accesso alle strutture a ciclo residenziale a favore delle persone non autosufficienti, secondo quanto formalmente disposto dalle UVM, in quanto intervento obbligatorio a tutela delle persone. Le modalità di accesso alle strutture sono descritte nel Regolamento per l'accesso al sistema

	interventi e servizi sociali Ambito 5.1 di Cervignano del Friuli. Si prevede sia l'accompagnamento del servizio sociale per le situazioni economicamente autonome sia l'erogazione di contributi a parziale o totale integrazione della retta di accoglimento.
INDICATORI DI RISULTATO NEL TRIENNIO	Valori target definiti nelle schede di cui all'Allegato 3 delle Linee Guida. Valori attesi Gli scostamenti dei valori target registrati annualmente sono oggetto di valutazione.
MACROAZIONE N. 3.1.6	Mantenimento e riqualificazione misure di sostegno e assistenza economica , nelle diverse forme previste dalla programmazione regionale
OBIETTIVI DI AREA COLLEGATI	Area minori e famiglia: obiettivi 5.1, 5.2 e 10.1 Area anziani: obiettivi 7.1 e 7.2 Area disabilità: obiettivo 6.1 Area dipendenze e salute mentale: obiettivo 8.1 Area povertà, disagio ed esclusione sociale: obiettivo 9.1
SERVIZI E INTERVENTI COINVOLTI	A2,A3-1,A4,A5,A6,B1,B3,C1,C2,C3,C4,C7,D1,D2, D4,D5,D6,E1,E2,E3, E4,F1,F5, F6, F7,F8-1,F8-2,F10,F11,F12,F13,F14,F15,F16-1,F16-2,F21,G3,G7,G9,H1,H5,L4, A9-SAN,E4-SAN
ANNO 2013	Predisposizione di una banca dati per il monitoraggio sulle tipologie di finalizzazione dei contributi erogati con il fondo di solidarietà regionale; Realizzazione di una ricerca-azione finalizzata alla valutazione dell'impatto del "Fondo di solidarietà regionale" con la realizzazione di uno specifico focus sul target di utenza e sulle suddette finalizzazioni; Mantenimento degli interventi di assistenza economica straordinaria e continuativa attualmente previsti; Mantenimento degli interventi di assistenza economica finalizzati al sostegno agli affitti e alla prevenzione degli sfratti e perdita della casa di proprietà; Mantenimento e potenziamento dell'offerta di strutture per l'emergenza abitativa (housing sociale) a favore di immigrati e cittadini italiani appartenenti alle fasce fragili
ANNO 2014	Definizione di accordi con i soggetti rappresentativi il sistema creditizio-bancario (Fondazioni e istituti bancari,...) per l'attivazione di opportunità e progettualità individualizzate a cui correlare anche i contributi del Fondo di Solidarietà Regionale; Riqualificazione degli interventi economici "straordinari" correlandoli a progettualità individualizzate; Individuazione delle situazioni croniche e determinazione degli strumenti/risorse a sostegno; Mantenimento degli interventi di assistenza economica finalizzati al sostegno agli affitti e alla prevenzione degli sfratti e perdita della casa di proprietà; Mantenimento e potenziamento dell'offerta di strutture per l'emergenza abitativa (housing sociale) a favore di immigrati e cittadini italiani appartenenti alle fasce fragili.
ANNO 2015	Messa in rete delle progettualità del FSR con i soggetti ed in base alle modalità definite dal protocollo SIC (vedasi obiettivo 9.1) Monitoraggio delle progettualità inserite in sperimentazione Mantenimento degli interventi di assistenza economica finalizzati al sostegno agli affitti e alla prevenzione degli sfratti e perdita della casa di proprietà; Mantenimento e potenziamento dell'offerta di strutture per l'emergenza abitativa (housing sociale) a favore di immigrati e cittadini italiani appartenenti alle fasce fragili
INDICATORI DI RISULTATO NEL TRIENNIO	Valori target definiti nelle schede di cui all'Allegato 3 delle Linee Guida. Valori attesi: gli scostamenti dei valori target registrati annualmente sono oggetto di valutazione.

3.2 Le azioni di sistema area integrazione sociosanitaria

Nell'attuale situazione di crisi socio-economica sorge la necessità di riflettere su come mantenere e supportare gli attuali livelli di welfare sia sul versante sanitario, che sociale che sociosanitario, fondamentali per il benessere delle persone.

<<Il piano di zona può essere pertanto lo strumento funzionale a contrastare la riduzione delle risorse, per esempio promovendo un'effettiva integrazione sociosanitaria di tipo gestionale ed operativo>>¹.

Ancora oggi, infatti, l'integrazione tra presa in carico di tipo sociale e di tipo sanitario presenta alcuni aspetti non del tutto risolti: <<Molti fattori hanno reso difficile l'integrazione fra sanità e sociale: l'enorme divario nelle risorse disponibili, la diversa frammentazione delle competenze, le difficoltà legate al reciproco riconoscimento professionale, la scarsa considerazione del lavoro di cura ... In tempi di ristrettezze, le barriere fra sanità e sociale non sono più tollerabili. I professionisti, le istituzioni, gli enti devono accettare di mettere in pratica nuove relazioni, anche a costo di piccole rinunce alla loro autonomia e modifiche alla loro modalità di lavoro. La strada maestra è promuovere l'erogazione di interventi a partire dalla definizione di percorsi personalizzati di presa in carico, progettati e realizzati insieme agli assistiti e alle loro famiglie in un'ottica multiprofessionale, che promuova il mantenimento delle persone nella loro comunità e rifiuti la residenzialità come unica soluzione ... I prossimi anni saranno caratterizzati da un forte impegno sul piano del rispetto della dignità della persona, della valorizzazione delle competenze professionali (anziché delle appartenenze), del riconoscimento del significato etico (e non meramente contabile) della lotta agli sprechi, all'attenzione alle disuguaglianze...>>².

Sulla base di quanto sopra, le istituzioni e gli operatori si trovano a predisporre la programmazione zonale dei servizi sociali e sociosanitari, nella consapevolezza di dover mettere a fuoco il sistema di funzionamento dei servizi stessi ed apportare quelle modifiche/riorganizzazioni che permettano di tenere saldi i principi suddetti, coniugandoli con il tema della sostenibilità.

Tutto ciò premesso, nella presente fase programmatica i Servizi Sociali dei Comuni di Cervignano del Friuli e Latisana e l'Azienda per i Servizi Sanitari n. 5 hanno ritenuto prioritariamente, di avviare per la prima volta e in via sperimentale un processo di pianificazione congiunto richiamando le seguenti motivazioni:

- Equilibrata distribuzione della popolazione nel territorio di competenza;
- sostanziale omogeneità del territorio sotto il profilo morfologico, demografico, epidemiologico, economico e sociale;
- presenza di due soli Distretti/Ambiti del SSC;
- funzioni delegate in maniera sostanzialmente equivalente ai due Comuni Enti gestori del SSC;
- declinazione e distribuzione omogenea dei servizi dell'ASS 5 nei due Ambiti distrettuali con la presenza di un ospedale di rete in entrambi i territori;
- storica presenza di buone prassi diffuse nell'integrazione socio-sanitaria, consolidate dopo il primo piano di zona 2006-2008 in entrambe le aree distrettuali;
- presenza diffusa e cultura omogenea di soggetti del privato sociale impegnati sul versante della sussidiarietà orizzontale.

Gli attori istituzionali, sia sul versante politico che tecnico, richiamando le motivazioni su espresse, hanno condiviso la necessità di avviare uno stretto confronto fra Ambiti/Distretti della medesima Azienda per i servizi sanitari, su un possibile sistema socio-sanitario teso all'omogeneità, sostenibilità, completezza ed equità, anche in riferimento ai principi richiamati dal Piano sanitario e socio-sanitario regionale 2010-2012.

Al fine di realizzare concretamente il percorso di condivisione, sono stati istituiti:

¹ Ugo De Ambrogio, "Il futuro della programmazione territoriale", in Prospettive Sociali e Sanitarie, Anno XLII, n. 2, febbraio 2012, pag. 2.

² Nerina Dirindin, "Salvaguardare il sistema di welfare, riconvertire le risorse", in Politiche sanitarie, Vol. 13, n. 2, aprile-giugno 2012.

una Cabina di Regia unica, con finalità principale di coordinare, monitorare e rendere omogeneo il percorso pianificatorio nell'integrazione sociosanitaria, composta da rappresentanti dei Servizi Sociali degli Ambiti distrettuali e dell'ASS 5. Detta cabina di regia resterà stabilmente attiva nel corso del triennio;

i tavoli tecnici/professionali, formati dagli operatori dell'ASS 5 e dei due Ambiti distrettuali, nonché dai rappresentanti degli altri soggetti istituzionali ASP e CAMPP, finalizzati alla discussione dei sei obiettivi di sistema, trasversali a tutte le aree dell'integrazione sociosanitaria, ed alla definizione di azioni congiunte, idonee al raggiungimento degli obiettivi stessi. Gli stessi tavoli sono stati chiamati anche ad affrontare gli aspetti socio-sanitari relativi alle sette aree tematiche di cui alle linee guida regionali; in particolare sono stati istituiti cinque tavoli tecnici, accorpando funzionalmente in un unico tavolo il tema degli anziani, delle malattie croniche e della terminalità.

I tavoli, mediamente costituiti da 12 componenti ciascuno, si sono riuniti nel periodo maggio-luglio 2012 mediamente in 4 sedute ciascuno, della durata media di tre ore. Il lavoro dei tavoli è stato sintetizzato nelle schede sotto riportate, con eventuali specifiche relative all'area tematica o all'esperienza dei singoli Ambiti/Distretti.

Il lavoro dei tavoli tematici ha portato alla condivisione di scelte strategiche che sono state concertate ed approvate con i soggetti previsti, istituzionali e non, in sede di Assemblea dei Sindaci.

AZIONE DI SISTEMA - SCHEDA PDZ N. 4
INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA: OBIETTIVI COMUNI A TUTTE LE AREE

I servizi sociosanitari della Bassa Friulana già operano utilizzando modelli e strumenti dell'integrazione sociosanitaria. Questo Piano di Zona rappresenta occasione per sistematizzare e formalizzare i processi e le metodologie utilizzati, estenderli a tutte le aree e valutarne l'efficacia.

OBIETTIVO	REGIONALE N. 4.1 - Definire/migliorare un sistema di accesso integrato ai servizi sociosanitari.	<input type="checkbox"/> SOCIALE <input checked="" type="checkbox"/> SOCIOSANITARIO
MACROAZIONE N. 4.1.1	<p>Il sistema di accesso integrato viene garantito per tutte le aree tematiche dai servizi ed operatori sociali e sanitari di primo contatto già esistenti sul territorio, come ad esempio gli assistenti sociali del Servizio Sociale dei Comuni (SSC), gli infermieri di comunità del Distretto, i Medici di Medicina Generale (MMG), i Pediatri di Libera Scelta (PLS), i Centri di Salute Mentale (CSM), i Consulitori Familiari, le Equipe Multidisciplinari Territoriali (EMT), i Servizi dipendenze patologiche. I vari soggetti sono tra loro connessi e configurano, pertanto, un sistema a rete: il Punto Unico di Accesso (PUA) inteso "non tanto un unico luogo fisico al quale gli utenti possono rivolgersi, ma la strutturazione integrata e in rete tra tutti i punti di contatto e di accesso dei cittadini presenti sul territorio" (PSSR 2006-2008).</p> <p>Ogni PUA si caratterizza in maniera omogenea per le seguenti modalità operative:</p> <ul style="list-style-type: none"> - valutazione di primo accesso con l'utilizzo di un unico strumento di rilevazione delle informazioni per tutte le aree tematiche; - distinzione del bisogno tra semplice e complesso: <ul style="list-style-type: none"> a. bisogno semplice: l'utente viene preso in carico dal servizio competente e se del caso accompagnato al servizio appropriato; b. bisogno complesso: attivazione dell'Unità di Valutazione Multiprofessionale (UVM) - vedi scheda obiettivo 4.2 - ed erogazione delle prestazioni necessarie ed indifferibili, eventualmente anche integrate, in attesa della definizione del Progetto Personalizzato di Intervento (ProP), e/o del Piano di Assistenza/Intervento (PAI). c. 	
OBIETTIVI DI AREA COLLEGATI	Si richiamano tutti gli obiettivi di area.	
SERVIZI E INTERVENTI COINVOLTI	Da Nomenclatore: (A1) (H1) (A1-SAN) (A5-SAN) (A6SAN) (A8-SAN) (A10-SAN) (A11-SAN) (A12-SAN) (B1-SAN) (B2-SAN) (C1-SAN) (E1-SAN)	
ANNO 2013	<p>SSC e ASS 5:</p> <ul style="list-style-type: none"> • definizione di un protocollo di funzionamento del sistema PUA in tutte le aree; <ul style="list-style-type: none"> • condivisione del sistema d'accesso e del percorso PUA con i MMG e con i PLS; • realizzazione di formazione sul campo per consolidamento e sviluppo del sistema PUA in tutte le aree, favorendo lo sviluppo di una cultura condivisa; • definizione ed adozione in via sperimentale di strumenti di raccolta delle informazioni e di segnalazione omogenei tra i servizi. 	

ANNO 2014	SSC e ASS 5: <ul style="list-style-type: none"> • verifica dell'applicazione degli strumenti utilizzati nel sistema unico di accesso e della modalità di presa in carico integrata con eventuale perfezionamento del modello.
ANNO 2015	SSC e ASS 5: <ul style="list-style-type: none"> • Adozione del modello definitivo del sistema integrato PUA.
INDICATORI DI RISULTATO NEL TRIENNIO	Evidenza documento descrittivo del sistema di accesso: <ul style="list-style-type: none"> • protocollo definitivo di funzionamento e schede integrate di accesso.

OBIETTIVO	LOCALE N. 4.1.1 Consolidamento del Punto Unitario di Accesso integrato nel Distretto di Cervignano del Friuli	<input type="checkbox"/> SOCIALE <input checked="" type="checkbox"/> SOCIOSANITARIO
MACROAZIONE N. 4.1.1.1	Dare organicità e stabilizzazione al modello di Punto Unitario di Accesso integrato nell'area anziani e persone non autosufficienti che prevede l'istituzione una "centrale operativa PUA"	
SERVIZI E INTERVENTI COINVOLTI	Da Nomenclatore: (A1) (H1) (A1-SAN) (A5-SAN) (A6SAN) (A8-SAN) (A10-SAN) (A11-SAN) (A12-SAN) (B1-SAN) (B2-SAN) (C1-SAN) (E1-SAN)	
OBIETTIVI DI AREA COLLEGATI	AREA ANZIANI – OBIETTIVO 7.2	
ANNO 2013	<ul style="list-style-type: none"> - a partire dalla sperimentazione attuata nel Piano di Zona 2006-2008, ridefinizione e formalizzazione delle funzioni della "centrale operativa PUA", della messa a disposizione del personale sociale e sanitario dedicato, degli strumenti tecnologici e operativi in uso; - coordinamento, gestione e monitoraggio tecnico ed economico di interventi e prestazioni innovative, già sperimentate nel primo Piano di Zona, relative al sostegno della domiciliarità per gli anziani e le persone non autosufficienti quali "Moduli respiro domiciliari" e "Interventi socio-sanitari urgenti in caso di dimissioni difficili"; - sviluppo del raccordo ospedale-territorio al fine di garantire la corretta continuità delle cure (visite presso i reparti, raccordo con infermiere di continuità, raccordo con gli/le assistenti sociali del territorio e con le famiglie, avvio degli interventi per le dimissioni protette e del progetto personalizzato); - funzione di coordinamento e filtro delle diverse segnalazioni provenienti dai diversi punti della rete PUA e dai presidi ospedalieri; - gestione e monitoraggio delle procedure per l'assegnazione del Fondo per l'Autonomia Possibile e del "Fondo Gravissimi"; - sperimentazione della tenuta di un registro/banca dati delle UVM; 	
ANNO 2014	- prosecuzione e consolidamento di tutte le attività previste nell'anno 2013;	
ANNO 2015	- messa a regime del modello integrato di "centrale operativa del PUA"	
INDICATORI DI RISULTATO NEL TRIENNIO	<ul style="list-style-type: none"> - Documenti di formalizzazione della centrale operativa PUA e del suo modello di funzionamento; - banca dati relativa all'accesso e concessione al Fondo per l'Autonomia Possibile; - banca dati relative agli interventi per le prestazioni innovative a sostegno della domiciliarità (moduli respiro, dimissioni protette) - banca dati relative alle UVM Area Anziani e persone non autosufficienti 	

OBIETTIVO	REGIONALE N. 4.2 Sviluppare e qualificare le Unità di valutazione multiprofessionali in tutte le aree di integrazione sociosanitaria.	<input type="checkbox"/> SOCIALE <input checked="" type="checkbox"/> SOCIOSANITARIO
MACROAZIONE N. 4.2.1	Le unità di valutazione multiprofessionale (UVM), pur non essendo strutturate e formalmente definite per tutte le aree, vengono già utilizzate dai servizi sociosanitari (A.S.S. n° 5 e SSC) in quanto strumento a garanzia di valutazione multidimensionale e di presa in carico integrata. Si ritiene pertanto necessario definire formalmente e rendere operativi percorsi che garantiscano la presa in carico integrata in ogni caso complesso. L'azienda sanitaria e gli ambiti distrettuali, in forma unitaria, definiranno le modalità di composizione e funzionamento delle UVM.	
OBIETTIVI DI AREA COLLEGATI	L'attivazione dell'UVM è prevista per i casi complessi di tutte le aree di integrazione socio-sanitaria, non solo per le tipologie di utenza e servizi richiamati dagli indicatori di cui all'obiettivo 4.2 delle linee guida regionali.	
SERVIZI E INTERVENTI COINVOLTI	Sono coinvolti tutti i soggetti del sistema pubblico socio-sanitario di cui all'obiettivo 4.1 - (A1) (H1) (A1-SAN) (A5-SAN) (A6SAN) (A8-SAN) (A10-SAN) (A11-SAN) (A12-SAN) (B1-SAN) (B2-SAN) (C1-SAN) (E1-SAN) - All'UVM possono essere coinvolti altri soggetti appartenenti al Terzo settore e quanti altri possano concorrere ad una efficace ed efficiente stesura del ProP/PAI mettendo a disposizione le proprie risorse/competenze.	
ANNO 2013	<p>SSC e ASS n.5:</p> <ul style="list-style-type: none"> • stesura di linee guida per la definizione, composizione e modalità di funzionamento dell'UVM con evidenza del raccordo con l'UVD; • programmazione e realizzazione di percorsi di formazione/condivisione su modalità di utilizzo e significato UVM; • definizione di strumenti idonei a registrare l'operato/percorso delle UVM; • sperimentazione del nuovo modello dell'UVM. <p>SSC, ASS n.5 e ASP/STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMI-RESIDENZIALI (solo per l'area anziani):</p> <ul style="list-style-type: none"> • formulazione delle procedure per governare l'accesso ai servizi residenziali e semiresidenziali, anche prevedendo il coinvolgimento della persona/famiglia in UVM nella costruzione del ProP e prospettando soluzioni alternative. (azione – gestione di liste d'attesa - da riportare alla consultazione nei tavoli tematici) 	
ANNO 2014	<p>SSC e ASS n.5:</p> <ul style="list-style-type: none"> • verifica dell'idoneità del funzionamento dell'UVM, secondo il modello proposto, ed introduzione di eventuali modifiche. <p>SSC, ASS n.5 e ASP/STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMI-RESIDENZIALI (solo per l'area anziani):</p> <ul style="list-style-type: none"> • verifica del governo dell'accesso (liste d'attesa) ed introduzione di eventuali modifiche (azione da riportare alla consultazione nei tavoli tematici). 	

<p>ANNO 2015</p>	<p>SSC e ASS n.5:</p> <ul style="list-style-type: none"> • stesura definitiva del documento di funzionamento delle UVM; • consolidamento dell'utilizzo delle UVM quale strumento di lavoro in tutti i casi complessi. <p>SSC, ASS n.5 e ASP/STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMI-RESIDENZIALI (solo per l'area anziani):</p> <ul style="list-style-type: none"> • stesura definitiva del documento descrittivo delle UVM e del loro funzionamento per il governo dell'accesso, ipotizzando un'integrazione alla convenzione tra ASS e strutture residenziali (azione da riportare alla consultazione nei tavoli tematici)
<p>INDICATORI DI RISULTATO NEL TRIENNIO</p>	<p>Evidenza documento descrittivo delle Unità multiprofessionali integrate e del loro funzionamento. N. soggetti che accedono alla rete dei servizi sociosanitari valutati dalle specifiche Unità multiprofessionali integrate.</p> <p><i>Valore atteso</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Il 100% dei soggetti che accedono alla rete dei servizi residenziali e semiresidenziali sono valutati dalle UVM; • validazione degli strumenti utilizzati in UVM; • aumento, nel corso degli anni 2013-2014-2015, dei soggetti che accedono alla rete dei servizi sociosanitari valutati in UVM; • almeno il 90% dei soggetti in situazioni di terminalità, dimessi dall'ospedale verso il domicilio o da strutture residenziali verso il domicilio, sono valutati in UVM; • almeno il 90% dei soggetti disabili che passano dall'età evolutiva all'età adulta sono valutati in UVM.

OBIETTIVO	REGIONALE N. 4.3 Utilizzare sistematicamente la valutazione multidimensionale e adottare progressivamente strumenti uniformi e standardizzati.	<input type="checkbox"/> SOCIALE <input checked="" type="checkbox"/> SOCIOSANITARIO
MACROAZIONE N. 4.3.1	<p>In tutte le aree verrà effettuata un'analisi dello strumento specifico da utilizzare, una sperimentazione dello strumento individuato, una valutazione dello stesso e una adozione definitiva, nelle more di quanto verrà indicato dalla Regione, ferme restando le sperimentazioni in essere (per es. ICF). Nello specifico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Area Materno-Infantile: si prenderanno in considerazione alcuni strumenti di valutazione validati a livello nazionale; • Area Anziani, Cronicità e Terminalità: nello specifico per il tema "Anziani" si è preso atto dello strumento definito dalla Regione e già in uso per gli accessi ai servizi residenziali, semi-residenziali e domiciliari quale la scheda Valgraf FVG, la scheda Karnofsky per la "Terminalità", l'ICF per la "Cronicità" come da indicazioni date dalla sperimentazione regionale; • Area Salute Mentale: si utilizzerà in forma sperimentale la scheda già in uso presso il C.S.M. per la ricognizione su tutti i progetti riabilitativi personalizzati e per la valutazione dei bisogni in tutte le situazioni con presa in carico integrata, compresa l'ICF per i casi indicati dalla sperimentazione regionale; • Area Dipendenze: è stato individuato quale strumento in forma sperimentale la scheda Addiction Severity Index (ASI); • Area Disabilità: lo strumento utilizzato sarà la scheda G.E.F.I.; nei casi di passaggio dall'età evolutiva a quella adulta, l'ICF per la "Cronicità" come da indicazioni date dalla sperimentazione regionale; 	
OBIETTIVI DI AREA COLLEGATI	Questo obiettivo è collegato agli obiettivi di tutte le aree.	
SERVIZI E INTERVENTI COINVOLTI	Da Nomenclatore: (A1) (H1) (A1-SAN) (A5-SAN) (A6-SAN) (A8-SAN) (A10-SAN) (A11-SAN) (A12-SAN) (B1-SAN) (B2-SAN) (C1-SAN) (E1-SAN)	
ANNO 2013	<p>SSC e ASS n. 5: Primo semestre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • illustrazione e diffusione ai professionisti degli strumenti individuati con formazione sul campo. <p>SSC e ASS n. 5: Secondo semestre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • avvio delle sperimentazioni degli strumenti individuati (ad eccezione delle aree in cui sono già state individuate e sperimentate specifiche schede di valutazione). 	
ANNO 2014	<p>SSC e ASS n. 5:</p> <ul style="list-style-type: none"> • valutazione della sperimentazione ed introduzione di eventuali correttivi. 	
ANNO 2015	<p>SSC e ASS n. 5:</p> <ul style="list-style-type: none"> • adozione definitiva dei sistemi di valutazione. 	
INDICATORI DI RISULTATO NEL TRIENNIO	<p>N. soggetti valutati secondo modalità standardizzate definite dalla Regione. N. soggetti valutati secondo altre modalità. <i>Valore atteso</i> Entro il 2015 tutti i soggetti sono valutati secondo modalità standardizzate definite dalla Regione.</p>	

OBIETTIVO	REGIONALE N. 4.4 Programmare le risorse ritenute appropriate e disponibili attraverso il dispositivo del progetto personalizzato di intervento o del piano di assistenza/intervento.	<input type="checkbox"/> SOCIALE <input checked="" type="checkbox"/> SOCIOSANITARIO
MACROAZIONE N. 4.4.1	<p>Adozione del progetto personalizzato quale strumento strutturato e principale dell'UVM per la programmazione di interventi appropriati, componendo intorno ai bisogni della persona tutte le risorse formali ed informali disponibili (budget di salute).</p> <p>Definizione della modalità di costruzione del ProP che individui in maniera puntuale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bisogni • obiettivi • azioni • risorse istituzionali, della rete familiare e del territorio (budget di salute) • tempi di realizzazione • indicatori di risultato che consentano monitoraggio e valutazione • case manager <p>Acquisizione stabile nell'agire professionale della metodologia del lavoro per progetti personalizzati quale premessa per la valutazione dell'efficacia dei risultati e finalizzata alle future pianificazioni.</p>	
OBIETTIVI DI AREA COLLEGATI	Questo obiettivo è collegato agli obiettivi di tutte le aree.	
SERVIZI E INTERVENTI COINVOLTI	Da Nomenclatore: (A1) (H1) (A1-SAN) (A5-SAN) (A6SAN) (A8-SAN) (A10-SAN) (A11-SAN) (A12-SAN) (B1-SAN) (B2-SAN) (C1-SAN) (E1-SAN)	
ANNO 2013	<p>SSC e ASS n. 5: Primo semestre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definizione linee guida ProP e contestualmente percorsi di formazione/condivisione su modalità di utilizzo e significato dello strumento. <p>SSC e ASS n. 5: Secondo semestre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consolidamento della metodologia del ProP contestualmente all'avvio sperimentale delle UVM di cui all'obiettivo 4.3. 	
ANNO 2014	Prima valutazione dell'applicazione delle linee guida ProP e introduzione di eventuali correttivi.	
ANNO 2015	Messa a regime del sistema ProP.	
INDICATORI DI RISULTATO NEL TRIENNIO	<p>Rapporto tra n. minori a rischio di allontanamento o con provvedimento giudiziario di allontanamento e n. progetti personalizzati di intervento.</p> <p>Rapporto tra n. anziani non autosufficienti a rischio di istituzionalizzazione e n. progetti personalizzati di intervento o piani di assistenza/intervento.</p> <p>Rapporto tra n. persone fragili dimesse dall'ospedale che richiedono continuità delle cure e protezione sociale e n. progetti personalizzati di intervento o piani di assistenza/intervento.</p> <p>Rapporto tra n. persone con disabilità a rischio di esclusione sociale e di istituzionalizzazione e n. progetti personalizzati di intervento o piani di assistenza/intervento.</p> <p><i>Valori attesi</i></p> <p>Nel triennio 2013–2015 il rapporto tra le grandezze rappresentate diminuisce (aumenta il numero dei progetti personalizzati di intervento).</p>	

OBIETTIVO	REGIONALE N. 4.5 Definire/aggiornare la descrizione dell'offerta dei servizi e interventi sociosanitari disponibili per i cittadini in ciascun territorio di riferimento.	<input type="checkbox"/> SOCIALE <input checked="" type="checkbox"/> SOCIOSANITARIO
MACROAZIONE N. 4.5.1	Costruzione e aggiornamento annuale della mappatura dell'offerta dei servizi, interventi e progetti sociosanitari, rendendola accessibile ai cittadini.	
OBIETTIVI DI AREA COLLEGATI	Questa azione di sistema è collegata agli obiettivi di tutte le aree	
SERVIZI E INTERVENTI COINVOLTI	SSC e ASS 5 (Cabina di Regia PDZ)	
ANNO 2013	Aggiornamento della prima mappatura presentata e pubblicazione nei siti web istituzionali esistenti.	
ANNO 2014	Aggiornamento della mappatura e inserimento nei siti web istituzionali esistenti e in quelli degli altri soggetti coinvolti nel PDZ. Studio di fattibilità sulla Carta dei Servizi Integrata relativamente ad alcuni Servizi.	
ANNO 2015	Aggiornamento della mappatura ed eventuale realizzazione di alcune Carte di Servizi.	
INDICATORI DI RISULTATO NEL TRIENNIO	La descrizione dell'offerta dei servizi è disponibile in versione cartacea e tramite web dei SSC e dell'ASS già a decorrere dal 2013. Verrà privilegiata la diffusione delle informazioni per via telematica salvaguardando le esigenze delle fasce più fragili. Una prima mappatura generale, relativa all'anno 2012, è inserita al punto 1.3 del presente PDZ con l'evidenziazione dei servizi sociosanitari.	

OBIETTIVO	REGIONALE N. 4.6 Migliorare i livelli organizzativi ed operativi di integrazione sociosanitaria finalizzati alla presa in carico integrata assicurando la continuità assistenziale tra ospedale e territorio/domicilio, tra diversi tipi di servizi sanitari e tra servizi sanitari e servizi sociali, in modo particolare nel momento del passaggio all'età adulta.	<input type="checkbox"/> SOCIALE <input checked="" type="checkbox"/> SOCIOSANITARIO
MACROAZIONE N. 4.6.1	Predisposizione o revisione di protocolli operativi per garantire la continuità assistenziale come previsto nell'obiettivo.	
OBIETTIVI DI AREA COLLEGATI	Si collega a tutti gli obiettivi di area.	
SERVIZI E INTERVENTI COINVOLTI	Da Nomenclatore: (A1) (H1) (A1-SAN) (A5-SAN) (A6SAN) (A8-SAN) (A10-SAN) (A11-SAN) (A12-SAN) (B1-SAN) (B2-SAN) (C1-SAN) (E1-SAN)	
ANNO 2013	SSC e ASS n. 5: <ul style="list-style-type: none"> • Condivisione e revisione del protocollo esistente relativamente alle dimissioni protette ed alla continuità ospedale-territorio; • Condivisione e revisione del protocollo esistente relativo al passaggio dall'età evolutiva all'età adulta nella disabilità collegando i diversi servizi sanitari e sociali; • Condivisione e revisione del protocollo esistente tra DSM e Distretti che definisce il passaggio dall'età evolutiva all'età adulta nei soggetti sintomatici; • Avvio condivisione protocolli operativi esistenti nei due Ambiti e Distretti relativi all'area minori e famiglie (cfr scheda 5.1); • Città della salute per l'Ambito di Latisana • Studio di fattibilità per un progetto relativo all'istituzione di posti di attesa presso strutture protette in caso di dimissioni ospedaliere e di impossibilità di rientro a domicilio. 	
ANNO 2014	<ul style="list-style-type: none"> • Adozione di protocolli unici relativi all'area minori e famiglie in entrambi gli Ambiti/Distretti. • Predisposizione di un documento di analisi della domanda di residenzialità e di posti d'attesa. 	
ANNO 2015	<ul style="list-style-type: none"> • Applicazione e consolidamento dei protocolli adottati. 	
INDICATORI DI RISULTATO NEL TRIENNIO	I protocolli relativi alla continuità assistenziale sono predisposti in modo da essere uniformi, per quanto possibile, a livello di ASS. N. persone fragili per i quali sono stati attivati percorsi di dimissioni protette a tutela della continuità assistenziale tra strutture sanitarie e servizi territoriali e a domicilio. Evidenza di un documento con la proposta che definisce il fabbisogno e il piano di allocazione dei posti letto con specifico riferimento agli anziani e agli adulti fragili. <i>Valori attesi</i> Nel triennio 2013-2015, il rapporto tra le persone fragili dimesse con l'attivazione di percorsi protetti e le persone fragili dimesse senza l'attivazione di percorsi protetti aumenta. Le persone che necessitano di accoglimento a breve termine con "funzione di attesa" trovano adeguata risposta nell'ambito dei posti letto individuati.	

4. AREE DI INTERVENTO: OBIETTIVI STRATEGICI, PRIORITA' DEL PDZ, AZIONI, TEMPI E RISORSE

4.1 AREA MINORI E FAMIGLIA

Parte descrittiva

L'organizzazione dell'offerta dei servizi e degli interventi in questa area richiama le azioni di sistema descritte precedentemente e i medesimi principi che le hanno ispirate.

Gli obiettivi strategici regionali 5.1 e 5.2 indicati in tale area rimandano alla definizione di strategie organizzative e operative adeguate a fronteggiare le situazioni problematiche con interventi precoci e qualificati. Il sotteso riferimento *alla congruità del sistema della cura* implica necessariamente la messa a punto di un sistema appropriato sia tecnico/professionale che organizzativo.

A partire dall'applicazione in Regione della DGR 1891/2002 e 2834/2002, gli Ambiti Distrettuali di Latisana e Cervignano del Friuli, hanno inteso sperimentare e realizzare modalità di lavoro innovative ritenendo l'organizzazione dei servizi sociali e socio-sanitari territoriali non sufficientemente adeguata ad affrontare le problematiche dell'area minori.

Nello specifico, nell'Ambito Distrettuale di Latisana a partire dal 2004 si è strutturato un sistema organizzativo di interventi a tutela dei minori che prevede un 1° livello (SSC) che si occupa della fase di valutazione, intervento precoce, indagine sociale, protezione nelle situazioni a rischio del minore e un 2° livello specialistico (SSC-ASS) che interviene, attraverso un'equipe stabile dedicata e multiprofessionale, nelle situazioni di grave trascuratezza, abuso, maltrattamento e violenza assistita. Tale livello è caratterizzato da una forte integrazione sociosanitaria, in quanto l'equipe pur essendo gestita dall'Ambito è stata istituita con un accordo di programma con ASS. Tale progettualità ha trovato poi collocazione all'interno del precedente PDZ e successivamente rinnovata in attesa della nuova pianificazione integrata.

Il 1° livello interviene con la collaborazione dei servizi territoriali aziendali, tuttavia oltre le UVD, non sono stati strutturati percorsi e strumenti standardizzati dedicati all'accesso e valutazione integrata multidimensionale.

Nell'Ambito Distrettuale di Cervignano del Friuli, sempre dal 2004, è altresì istituita un'equipe specifica composta da assistenti sociali, psicologi ed educatori, fulcro del sistema del Servizio Sociale dei Comuni a tutela dei minori, che si occupa trasversalmente ed esclusivamente di tutta la casistica dell'area minori. Per la parte aziendale, l'Equipe Multidisciplinare per l'Handicap, il Consultorio Familiare, il Dipartimento di Salute Mentale e la Struttura Operativa Dipendenze Patologiche si integrano funzionalmente sui casi con tale equipe per la presa in carico delle situazioni a rischio di disagio sociale, maltrattamento, abuso, trascuratezza grave e violenza assistita (Accordo di Programma PDZ 2006-2008). Lo strumento per l'integrazione funzionale è stato finora l'unità multiprofessionale di progetto (UMP) a cui si sta dedicando quindicinalmente uno spazio organizzato e strutturato presso il Consultorio Familiare sulla base delle situazioni segnalate dagli operatori.

Per quanto riguarda il versante dell'offerta, in entrambi gli Ambiti sono state approvate norme regolamentari riguardanti sia la compartecipazione alle rette di comunità, anche se con alcune differenziazioni, sia i servizi socio-educativi territoriali e scolastici. In entrambe le realtà è in atto una riqualificazione e un rafforzamento dei servizi socio-educativi

territoriali per caratterizzarli maggiormente come intervento educativo di mediazione nel rapporto genitori/figli svincolandolo dai tempi e dagli obiettivi prettamente didattici.

Nel campo dell'affidamento familiare, l'Ambito di Latisana ha istituito già nel 1999 un servizio affidi approvato sia dall'Ambito che dall'Azienda Sanitaria. In entrambi i territori vi è in atto comunque anche una collaborazione con il privato sociale attraverso una convenzione stipulata con l'Associazione "Il Focolare ONLUS" dall'Ambito di Cervignano del Friuli nel 2006 e dall'Ambito di Latisana nel 2012.

Su un caso del latisanese, nel corso del 2011 è stato avviato, in forma sperimentale, un progetto di affidamento familiare professionale nell'ambito di un FAP della salute mentale per un minore adolescente sintomatico. Il progetto attuato in collaborazione tra SSC e ASS, prevede anche la partecipazione del privato sociale. Tale esperienza ha anticipato un percorso di riflessione integrato su una possibile riqualificazione delle risorse territoriali o attivazioni di nuove forme di affidamento sulla base dei bisogni emergenti. Anche Il Piano di Zona 2006-2008 dell'Ambito di Cervignano del Friuli prevedeva un progetto per la sperimentazione della formula dell'affido professionale che si è però rivelata prematura rispetto al livello di esperienza del privato sociale e quindi non si è concretizzata.

Da evidenziare inoltre l'attività svolta per allargare la rete istituzionale a tutela dei minori.

Nel latisanese è vigente dal 2005 un protocollo operativo del SSC per la tutela dei minori nei casi di abuso e maltrattamento e dal 2009 sono state adottate (SSC-ASS) "Linee Guida d'intervento tra i reparti di: Ginecologia – Pediatria – Pronto Soccorso – Equipe Multidisciplinare Territoriale (neuropsichiatra-EMT) – Servizio Sociale dei Comuni – Equipe Integrata Tutela Minori e Famiglie per una consultazione congiunta nelle fasi di rilevazione e segnalazione di situazione di grave trascuratezza abuso e maltrattamento di minori". Nel cervignanese è stato adottato nel 2010 con gli allora sette Istituti scolastici del territorio il "Protocollo d'intesa fra le istituzioni scolastiche ed i servizi sociali e socio-sanitari afferenti all'Ambito Distrettuale ed al Distretto Sanitario di Cervignano del Friuli per la presa in carico congiunta degli alunni in situazione di difficoltà" che approva i protocolli operativi riguardanti prassi ed azioni condivise nelle situazioni di disagio familiare e/o problematiche emotive, affettive, relazionali, abbandono, abuso, maltrattamento, grave trascuratezza, minori interessati da provvedimenti dell'autorità giudiziaria, disabilità, disturbi dell'apprendimento.

In questa fase di pianificazione del PDZ è stata condivisa e perseguita la necessità di rivisitare le modalità organizzative e metodologiche sopra descritte, per garantire un'omogeneità degli interventi a livello Aziendale, salvaguardando le buone prassi consolidate in entrambi gli Ambiti Distrettuali.

A tal fine è stato individuato un impianto organizzativo strutturato su due livelli d'intervento. Tale distinzione operativa non è intesa come un livello (deputato alla valutazione e al trattamento) con funzione di "supervisione" e consulenza nei confronti del 1° livello (deputato alla rilevazione e alla protezione), ma si è ritenuto più congruo puntare su una *differenziazione ed una specializzazione delle diverse funzioni*.

L'impianto di sistema previsto si caratterizza come di seguito specificato:

a) *1° livello operativo*: strutturazione di un nucleo operativo multiprofessionale socio-sanitario territoriale con compiti di valutazione, progettazione, attuazione e monitoraggio dei progetti personalizzati nelle situazioni complesse. Pertanto a tale livello trovano collocazione il PUA (descritto nella macro-azione 4.1) con funzione di accesso, accoglienza, orientamento e gestione della domanda, attivazione interventi, avvio presa in carico, attivazione della rete dei servizi attraverso l'UVM (descritta nella macro-azione 4.2) con funzione di definizione del ProP (progetto personalizzato), sulla base di una valutazione multidimensionale.

b) *2° livello operativo*: modello territoriale integrato specialistico e dedicato alla presa in carico e la cura dei minori e delle famiglie nelle situazioni di abuso, maltrattamento, trascuratezza grave e violenza assistita.

Si connota come un nucleo specialistico multiprofessionale in tutte le fasi dell'intervento, funzionante ad un secondo livello operativo. Sia nella fase della valutazione che in quella di trattamento la presa in carico del minore e della famiglia (in modo contestuale) è differenziata e specialistica nelle diverse funzioni comprensiva degli aspetti psicologici, sociali, legali, educativi, clinici ed è costruita da un percorso con aree, tempi e metodologie definite e specifiche che non può prescindere da un'interazione tra ambito clinico, giudiziario e territoriale.

Il 2° livello prevede, in una fase di avvio, la costituzione di una cabina integrata di "governo" sia per gli aspetti gestionali che professionali.

Nell'arco del triennio verrà realizzata l'attivazione di tale impianto organizzativo comprensivo dei due livelli operativi sul territorio aziendale in modo trasversale.

Tale impianto trova già parziale attuazione nell'Ambito/Distretto 5.2; vanno tuttavia realizzate le azioni di sistema, condivise le procedure operative e le modalità gestionali per la sua estensione sperimentale nell'Ambito/Distretto 5.1.

INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA - AREA MATERNO INFANTILE – Infanzia e adolescenza - SCHEDA PDZ N. 5		
OBIETTIVO	REGIONALE N. 5.1 Promuovere la permanenza dei minori in famiglia	SOCIALE <input checked="" type="checkbox"/> SOCIO SANITARIO
MACROAZIONE N. 5.1.1	Realizzare un sistema di cura e protezione sociale appropriato ed integrato, strutturato in 1° e 2° livello operativo trasversale e omogeneo su tutto il territorio aziendale.	
MACROAZIONE N. 5.1.2	Definire un modello operativo integrato comune a tutti i servizi sociali e socio-sanitari territoriali che consenta di organizzare il sostegno alla funzione genitoriale e ai bambini indipendentemente dalla specifica competenza dei singoli servizi, a sostegno della centralità del minore.	
MACROAZIONE N. 5.1.3	Coinvolgimento di altre agenzie e istituzioni territoriali (scuola, forze dell'ordine...) per concertare linee operative comuni e omogenee a livello aziendale.	
INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE	Politiche giovanili, politiche scolastiche, politiche di sostegno alla famiglia, politiche a contrasto della povertà.	
AZIONI DI SISTEMA COLLEGATE	4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.6	
SERVIZI E INTERVENTI COINVOLTI	(A1) (A11 SAN) (A10- SAN) (C1 -SAN) (D1- SAN) - Scuola – Forze dell'Ordine - operatori reparti ospedalieri - Medici e pediatri di base	
ANNO 2013	A.S.S. n 5 e S.S.C. 1. Sperimentazione di un modello di valutazione e presa in carico integrata dei minori e delle loro famiglie nelle situazioni di grave trascuratezza, abuso, maltrattamento e violenza assistita attraverso l'estensione graduale dell'Equipe Integrata Tutela Minori e Famiglie (EITMF) di Latisana su tutto il territorio dell'ASS 5; 2. Accompagnamento (anche con azioni formative sul campo) e monitoraggio della sperimentazione di cui al punto 1; Attivazione di un percorso di condivisione/revisione/unificazione dei protocolli operativi esistenti:	

	<ul style="list-style-type: none"> - Protocollo operativo per la tutela dei minori nei casi di abuso e maltrattamento (SSC Ambito di Latisana); - Linee guida d'intervento tra i reparti di: ginecologia, pediatria, pronto soccorso, equipe multidisciplinare territoriale, servizio sociale dei comuni, equipe integrata tutela minori e famiglie per una consultazione congiunta nelle fasi di rilevazione e segnalazione di situazioni di grave trascuratezza abuso e maltrattamento dei minori (SSC e ASS - Distretto Ovest); - Protocollo per la gestione e soccorso vittime della violenza sessuale (ASS 5); - Protocollo d'intesa fra le istituzioni scolastiche ed i servizi sociali e socio- sanitari afferenti all'Ambito Distrettuale ed al Distretto Sanitario di Cervignano del Friuli per la presa in carico congiunta degli alunni in situazione di difficoltà (Ambito di Cervignano del Friuli e ASS – Distretto Est). <p>4. Identificazione degli indicatori a valenza multidimensionale per definire la casistica e l'ambito d'intervento dei due livelli operativi (SSC e ASS)</p>
ANNO 2014	<ol style="list-style-type: none"> 1. Continuazione della sperimentazione di cui al punto 1. anno 2013 e relativo monitoraggio; 2. Prosecuzione del percorso di condivisione/revisione/unificazione di protocolli operativi 3. Monitoraggio e valutazione dell'applicazione degli indicatori individuati nel 2013; 4. Realizzazione di percorsi formativi adeguati a sostegno dell'azione di omogeneizzazione e del quadro teorico di riferimento . Tali percorsi, con modalità diverse, si rivolgeranno agli operatori del territorio e ospedalieri interessati (SSC e ASS) 5. Attivazione di tavoli di confronto con scuola e forze dell'Ordine (SSC e ASS)
ANNO 2015	<ol style="list-style-type: none"> 1. Messa a regime su tutto il territorio Aziendale del modello di valutazione e presa in carico integrata dei minori e delle loro famiglie nelle situazioni di grave trascuratezza, abuso, maltrattamento e violenza assistita. 2. Messa a sistema dei protocolli operativi atualizzati
INDICATORI DI RISULTATO NEL TRIENNIO	<p>Al 31.12.2011 l'Ambito Distrettuale di Latisana registra la seguente situazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - n. 27 minori collocati in struttura comunitaria (dato di flusso); di cui n. 3 con formula mamma – bambino e n. 4 con consenso dei genitori - n. 24 minori collocati in struttura comunitaria (dato di stock); di cui n.2 con formula mamma – bambino e 4 con consenso dei genitori - n. 300 gg. presenza media di permanenza in comunità per ogni minore al 31/12/2012 - rapporto minori allontanati/minori residenti pari a 1/368 - n. 6 minori nell'anno 2011, allontanati e collocati in struttura comunitaria (interessati n.5 nuclei familiari) <p>Al 31.12.2011 l'Ambito Distrettuale di Cervignano registra la seguente situazione:</p>

	<p>n. 13 minori collocati in struttura comunitaria di cui 5 con formula mamma-bambino (dato di flusso)</p> <p>n.9 minori collocati in struttura comunitaria di cui 3 con formula mamma-bambino (dato di stock);</p> <p>n. 223 gg. presenza media in comunità nell'anno 2011 1250 giorni (3,4 anni) tempo medio di permanenza in comunità per ogni minore al 31/12/2012:...</p> <p>rapporto minori allontanati/minori residenti pari a $9/8214 = 0,11\%$ (1/913)</p> <p>n. 3 nuovi minori allontanati e collocati in struttura comunitaria (nuclei familiari – dato di flusso nell'anno 2011)</p> <p>n. 136 progetti personalizzati sostenuti (dati di flusso 2011)</p> <p>INDICATORI/VALORI ATTESI: Con riferimento ai dati di flusso 2011 nel triennio 2013-2015</p> <ul style="list-style-type: none"> – n. minori allontanati e collocati in strutture comunitarie nel triennio 2013/2015 (ob. atteso : diminuzione del dato del 20%) – rapporto n. minori allontanati con popolazione di età inferiore ai 18 anni (ob. atteso: diminuzione del 20%) – tempo medio di permanenza in comunità per ogni annualità (ob. atteso tempo medio inferiore ai 280 gg.) – n. di minori allontanati che rientrano in famiglia o vanno in affidamento familiare per ogni annualità (ob. atteso aumento del 20%) – n. di progetti personalizzati a partire dal 2013 sostenuti al 1° e 2° livello (ob. atteso almeno n. 100 progetti al 1° livello e 50 al 2° livello) <p>Indicatori Macroazione 5.1.1:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Anno 2013: presa in carico sperimentale da parte dell'EITMF di almeno n. 3 casi dell'Ambito 5.1 – Anno 2014: presa in carico sperimentale da parte dell'EITMF di almeno n. 5 casi dell'Ambito 5.1 – Anno 2015: presa in carico di tutti i casi nuovi secondo il nuovo modello
--	--

OBIETTIVO	REGIONALE N. 5.2 Potenziare e qualificare il processo di sostegno e allontanamento del minore nonché il sistema di accoglienza dei minori collocati all'esterno della propria famiglia di origine.	SOCIALE <input checked="" type="checkbox"/> SOCIOSANITARIO
MACROAZIONE N. 5.2.1	Realizzare percorsi di sensibilizzazione all'affidamento familiare, coinvolgendo l'associazionismo e le reti di solidarietà locali	
MACROAZIONE N. 5.2.2	Individuare forme di accoglienza semi-residenziale sul territorio caratterizzate da notevole flessibilità, forte valenza educativa e "vicinanza" ai luoghi di vita al fine di favorire la permanenza in famiglia e sostenere il minore nel suo percorso individuale (pre-adolescenti/adolescenti)	
MACROAZIONE N. 5.2.3	Incrementare, sulla base delle sperimentazioni già realizzate, nuove forme di affidamento familiare coinvolgendo il privato sociale, a	

	sostegno dell'autonomia personale per i minori adolescenti anche sintomatici;
MACROAZIONE N. 5.2.4	Individuare opportunità di accoglienza e supporto alla genitorialità in emergenza e a lungo termine per mamma/bambino al fine di garantire la continuità della relazione in situazioni ad alta instabilità clinica e sociale.
INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE	Politiche a sostegno della famiglia - politiche a sostegno del volontariato e associazionismo
AZIONI DI SISTEMA COLLEGATE	1 -3 - 4
SERVIZI E INTERVENTI COINVOLTI	(A1) (A11 SAN) (A10- SAN) (C1 -SAN) (D1- SAN) Associazioni locali – Terzo settore
ANNO 2013	<ul style="list-style-type: none"> – Realizzazione di attività di sensibilizzazione all'affidamento familiare almeno in tre Comuni dell'Ambito Distrettuale di Latisana e in tre dell'Ambito Distrettuale di Cervignano del Friuli coinvolgendo le associazioni locali (SSC - ASS - Terzo settore) – Diffusione e condivisione delle Linee Guida per la regolazione dei processi di sostegno e allontanamento del minore – Consiglio Nazionale Ordine Assistenti Sociali; – Individuazione, attraverso i tavoli tematici, dei soggetti non istituzionali, disposti ad impegnarsi in una co-progettazione e/o riqualificazione delle risorse esistenti (SSC - ASS - Terzo settore); – Attivazione, sulla base della tipologia dei bisogni emergenti, di almeno un percorso sperimentale di nuove forme di affidamento familiare (SSC - ASS- Terzo Settore);
ANNO 2014	<ul style="list-style-type: none"> – Avvio co-progettazione di alcune iniziative indicate, con priorità alla macroazione 5.2.2; – Prosecuzione di attività di sensibilizzazione all'affidamento familiare almeno in cinque Comuni dell'Ambito Distrettuale di Latisana e sei dell'Ambito Distrettuale di Cervignano del Friuli coinvolgendo le associazioni locali (SSC- ASS- Terzo settore).
ANNO 2015	<ul style="list-style-type: none"> – Regolamentazione di nuove forme di affidamento familiare; – Avvio realizzazione macro-azione 5.2.2; – Prosecuzione di attività di sensibilizzazione all'affidamento familiare almeno in sei Comuni dell'Ambito Distrettuale di Latisana e tre dell'Ambito Distrettuale di Cervignano del Friuli coinvolgendo le associazioni locali (SSC- ASS- Terzo settore).
INDICATORI DI RISULTATO NEL TRIENNIO	<p>Vedi obiettivo 5.1</p> <p>Al 31.12.2011 l'Ambito Distrettuale di Latisana registra la seguente situazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> – N. 9 affidamenti familiari etero-familiari (dato di flusso); n. 8 affidamenti etero-familiare (dato di stock) – N. 1 minore affidamento familiare professionale sperimentale nell'ambito di un FAP salute mentale <p>Al 31.12.2011 l'Ambito Distrettuale di Cervignano del Friuli registra la seguente situazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> – N. 1 affidamenti familiari etero-familiare (dato di flusso); n. 0 affidamenti etero-familiare (dato di stock)

	<ul style="list-style-type: none"> - N. 3 affidamenti familiari parentali <p>INDICATORI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - N. minori inseriti in strutture comunitarie. - N. minori in forme di affidamento familiare. - N. giornate di permanenza nelle comunità per minori. - N. famiglie coinvolte in progetti/interventi di recupero (1° e 2° livello) <p><i>Valori attesi</i></p> <p>Con riferimento ai dati di flusso 2011, nel triennio 2013-2015: Il numero di famiglie potenzialmente affidatarie cresce almeno del 20% Il numero dei minori inseriti in strutture comunitarie diminuisce del 20% Il numero dei minori in affidamento familiare aumenta del 20%. Le giornate di permanenza nelle comunità per minori diminuiscono del 20%. Il numero di famiglie coinvolte in progetti/interventi di recupero specifici cresce</p>
--	---

AREA FAMIGLIA E GENITORIALITA' n. 10

Parte descrittiva

L'area famiglia e genitorialità si caratterizza per alcuni tratti specifici:

- a) è per sua natura trasversale in quanto interseca tutte le aree problematiche storicamente oggetto dei servizi sociosanitari;
- b) prevede potenzialmente un'attenzione alla generalità della popolazione, non solo alle situazioni di criticità o in carico ai servizi sociosanitari;
- c) presuppone un'azione in grado di interessare significativamente le relazioni e gli affetti primari;
- d) riconosce alla famiglia un livello di soggettività quale interlocutore delle istituzioni;
- e) fornisce validi elementi per la costruzione di progetti di sussidiarietà orizzontale coinvolgendo l'associazionismo, i gruppi e le singole famiglie in quanto tali (ad es. mediante l'affidamento familiare).

La denatalità, l'invecchiamento e la nuclearizzazione delle famiglie sollecitano interventi in grado di sostenere e promuovere la famiglia e le sue forme aggregative come risorsa per la comunità locale.

Le azioni qui previste dovranno integrarsi con quanto sarà contenuto nel Piano Famiglia regionale.

OBIETTIVO	REGIONALE N. 10.1 Collegare gli interventi sociali e sociosanitari programmati nel PDZ con specifiche azioni inerenti le politiche familiari	<input type="checkbox"/> SOCIALE <input checked="" type="checkbox"/> SOCIOSANITARIO
RISULTATO ATTESO	<p>I SSC comprendono nella programmazione prevista dal PDZ specifici interventi inerenti la famiglia con riferimento alle diverse fasi del suo ciclo di vita e ai relativi compiti, con particolare riferimento a quelli genitoriali. Nello specifico:</p> <p>1. sostegno alla solidarietà, alle adozioni e all'affidamento familiare (L.R. n. 11/2006, art. 13):</p> <ul style="list-style-type: none"> - applicazione del nuovo regolamento regionale in tema di sostegno alle forme di affidamento familiare; - sviluppo di una campagna di sensibilizzazione all'affidamento familiare nei Comuni dell'Ambito (cfr. Obiettivo 5.2) <p>2. sostegno alle attività informative e formative finalizzate al sostegno della vita di coppia e familiare, nonché per la valorizzazione sociale della maternità e della paternità (L.R. n. 11/2006, art. 7 bis):</p> <ul style="list-style-type: none"> - sviluppo di una progettualità specifica con il supporto del finanziamento regionale dedicato, qualora venisse attivato il relativo bando; <p>3. sostegno e coinvolgimento delle organizzazioni delle famiglie alla realizzazione di progetti dedicati a supporto dei compiti familiari (L.R. n. 11/2006, artt. 17 e 18):</p> <ul style="list-style-type: none"> - sviluppo di una progettualità specifica con il supporto del finanziamento regionale dedicato, qualora venisse attivato il relativo bando; <p>4. promozione dei rapporti intergenerazionali e coinvolgimento delle persone anziane in attività di cura dei minori nell'ambito della conciliazione dei tempi di lavoro dei genitori (L.R. n. 11/2006, artt. 7 e 7.1):</p> <ul style="list-style-type: none"> - sviluppo di una progettualità specifica con il supporto del finanziamento regionale dedicato, qualora venisse attivato il relativo bando; <p>5. sostegno e valorizzazione delle Banche dei tempi (L.R. n. 11/2006, art. 14):</p> <ul style="list-style-type: none"> - sviluppo di una progettualità specifica con il supporto del finanziamento regionale dedicato, qualora venisse attivato il relativo bando; <p>6. sostegno economico delle gestanti in difficoltà, anche attraverso il coinvolgimento delle associazioni che perseguono il sostegno alla maternità (L.R. n. 11/2006, art. 8):</p> <ul style="list-style-type: none"> - prosecuzione dell'attività di sostegno alle gestanti in attuazione delle disposizioni regionali in materia; - miglioramento dei percorsi di collaborazione tra Enti, servizi ed 	

	<p>Associazioni interessate dai progetti di intervento; - miglioramento dei percorsi di accompagnamento nei progetti personalizzati integrati ad elevata complessità.</p>
<p>INDICATORE DI RISULTATO</p>	<p>. N. adozioni e affidamenti sostenuti: - adozioni: 1 - affidi: 8.</p> <p>2. N. iniziative informative/formative realizzate: 0.</p> <p>3. N. progetti realizzati con il coinvolgimento delle organizzazioni familiari: 0.</p> <p>4. N. progetti che prevedono il sostegno all'autoproduzione di servizi da parte delle organizzazioni familiari: 0 N. iniziative inerenti i rapporti intergenerazionali realizzate: 0</p> <p>5. N. di Banche del tempo sostenute nel territorio di ambito distrettuale: 0.</p> <p>6. N. progetti di sostegno alle gestanti realizzati (in collaborazione con quali servizi e organizzazioni): 7 progetti all'anno.</p> <p><i>Valore atteso</i> Si prevede che, con riferimento al 31.12.2011 (per il punto 6 al 31.12.2012), nel triennio 2013-2015 i valori correlati agli indicatori di risultato registrano un numero di attività/iniziativa/progetti complessivamente superiore. Si rileva che la realizzazione delle iniziative di cui ai punti 2, 3, 4, 5, sono condizionate all'accesso ai contributi regionali specifici e ai cofinanziamenti del SSC.</p>

4.2 AREA DISABILITA'

Parte descrittiva:

L'approccio ai temi della disabilità è profondamente cambiato nel corso degli ultimi anni, passando da un modello assistenziale, che prevedeva come unica risposta servizi dedicati, specifici per categorie di utenti, al modello del progetto di vita personalizzato fondato sull'integrazione e l'inclusione sociale.

Dal punto di vista normativo già la Legge regionale 41/1996, recependo la legge 104/1992, indicava nel progetto di vita il modello di intervento e nell'equipe multidisciplinare territoriale per l'handicap il punto di riferimento integrato per la presa in carico della persona con disabilità e la sua famiglia.

I bisogni della persona con disabilità e delle famiglie hanno registrato profondi cambiamenti legati a lunghi percorsi di integrazione scolastica, fino alla scuola superiore. Si deve ricordare che nel territorio della Bassa Friulana si chiuse l'ultima scuola speciale nei primi anni del 2000, ribadendo così il valore dell'integrazione scolastica e del progetto di vita da svilupparsi nella comunità locale.

Per affrontare i diversi temi riguardanti l'area della disabilità si è costituito un unico tavolo istituzionale, comprendente i rappresentanti dei Servizi Sociali dei Comuni degli Ambiti di Cervignano del Friuli e Latisana, dei servizi dell'ASS 5 e del Consorzio delegato ai sensi della L.R. 41/96 alla gestione dei servizi semiresidenziali e residenziali per la Bassa Friulana e del servizio per l'inserimento lavorativo denominato CAMPP (Consorzio per l'Assistenza Medica PsicoPedagogica).

L'attenzione si è soffermata sulla possibile definizione dei confini dell'area stessa e tutti i partecipanti al tavolo hanno concordato che la fascia d'età di riferimento fosse quella che va dai 14 anni all'età adulta/anziana, accompagnando la persona nel suo percorso di vita. Si sono però focalizzati alcuni passaggi delicati: il passaggio dall'età evolutiva a quella adulta, il "dopo di noi", i bisogni delle persone disabili anziane, la disabilità acquisita.

La scelta dei servizi, inoltre, è stata quella di trattare le tematiche dei minori con disabilità all'interno del più ampio tema generale dei minori, ribadendo la scelta di non differenziare i percorsi di vita dei minori secondo etichette diagnostiche.

I tre soggetti istituzionali, Ambiti, ASS e CAMPP, nel corso degli ultimi dieci anni hanno trovato una modalità sinergica di lavorare che ha permesso la messa a punto della programmazione di nuovi servizi e modalità di intervento, sempre più rispondenti ai nuovi bisogni come sopra indicati, tenendo presente i mandati istituzionali e la sostenibilità. La triplice referenza istituzionale nell'area della disabilità rappresenta senza dubbio un elemento di complessità che comprende la molteplicità di operatori, funzioni ed interventi che sono stati e si possono ancora sviluppare a favore di persone disabili. A questo va aggiunto l'apporto dato dagli istituti scientifici ed Enti del privato sociale, come ad es. "La Nostra Famiglia", che forniscono risposte diversificate che il servizio pubblico non riesce a garantire in proprio.

Le attività garantite dalla S.O.S. Età Evolutiva e Disabilità dell'A.S.S. n. 5, si possono così riassumere:

- Presa in carico di persone con disabilità (prevalentemente cognitiva) dal 18° anno di età;
- Presa in carico di minori complessi (14 anni secondo le indicazioni della L. R. 41/96) con progetto che prevede l'utilizzo dei Centri del CAMPP;
- Valutazione per L. 68, L.104 e per commissioni d'invalidità civile;
- Consulenze ai Centri /Servizi /Progetti del CAMPP;
- Attività con le Scuole e Operatori del Servizio Sociale per progetti d'integrazione

- scolastica;
- Attività integrate per predisposizione di progetti personalizzati (rapporti con il privato sociale, fattorie sociali e didattiche, privati, ecc.);
- Collaborazione con il SIL;
- Consulenza medico/psichiatrica;
- Consulenza psicologica;
- Consulenza fisioterapica presso i Servizi del CAMPP;
- Trattamenti fisioterapici per utenti con programma Centri CAMPP;
- Valutazione/monitoraggio presidi.

Le prestazioni/servizi/contributi erogati dal Servizio Sociale dei Comuni, basati sulla normativa regionale vigente (L.R. 6/2006 - L.R. 41/96) comprendono:

FAP/SVI: contributi per progetti personalizzati a sostegno della vita indipendente per adulti disabili;

Fondo Gravissimi: contributi finalizzati al sostegno a domicilio di persone in situazioni di bisogno assistenziale ad elevatissima intensità;

Servizio di Aiuto alla persona, così come previsto dall'art. 14 LR 41/96; interventi di trasporto individuale;

servizio di trasporto collettivo presso Centri riabilitativi o specialistici per disabili minori e adulti;

Servizio socio-educativo in ambito scolastico ed extrascolastico;

Servizio di assistenza scolastica;

inserimenti protetti in struttura, al 31.12.2011 si registrano rispettivamente:

- a) per l'Ambito di Latisana: n. 22 disabili adulti in struttura residenziale, dei quali 7 presso la struttura "I Girasoli" di Sottoselva;
- b) per l'Ambito di Cervignano: n. 16 disabili adulti in struttura residenziale, dei quali 10 presso la struttura "I Girasoli" di Sottoselva;

Sulla base di quanto sopra indicato e di quello che è possibile oggi prevedere come sviluppo della disabilità grave e priva di adeguato supporto familiare, in relazione agli inserimenti residenziali si rende necessaria una riflessione finalizzata ad individuare il fabbisogno del territorio in termini di strutture e nuove modalità di intervento.

Per quel che riguarda i CENTRI DIURNI si specifica che:

il C.A.M.P.P. gestisce, sul territorio della Bassa Friulana, 9 Centri Socio Riabilitativi ed Educativi (C.S.R.E.) diurni che, come previsto dalla direttiva approvata con deliberazione della Giunta Regionale n. 1507 del 23 maggio 1997: *“rappresentano lo strumento che consente alla persona handicappata la prosecuzione, senza soluzione di continuità, dell'opera di integrazione e socializzazione precedentemente avviata, nonché il recupero delle potenzialità presenti per il raggiungimento del maggior grado di autonomia”*.

La sopra citata direttiva specifica le funzioni dei C.S.R.E. a cui il C.A.M.P.P. fa riferimento nella gestione dei servizi: **Sociale, Riabilitativa, Educativa ed Assistenziale**.

L'utenza frequentante i C.S.R.E. è costituita da soggetti con età superiore ai 14 anni presentanti menomazioni psichiche a cui possono associarsi, separatamente o congiuntamente, disfunzioni fisiche, sensoriali e turbe del comportamento. Sono 2 le variabili qualitative rilevanti, riguardanti l'utenza, al fine di un'adeguata calibratura degli interventi anche nella prospettiva di medio termine:

- l'invecchiamento
- la gravità.

Tra gli ospiti si segnalano altresì soggetti che, a causa di sindromi congenite, o per la degenerazione del quadro neurologico, o per eventi collegati a situazioni relazionali negative intrattenute con il contesto sociale di riferimento, possono presentare

manifestazioni comportamentali di difficile soluzione e contenimento. E' evidente che tali categorie di utenti necessitano di interventi mirati che non possono essere garantiti nell'ambito di contesti di assistenza generica.

Contestualmente all'avanzare dell'età dei soggetti accolti presso le strutture CAMPP, si deve tener presente l'invecchiamento dei familiari e quindi l'insorgere di sempre più frequenti domande di aiuto, da parte di questi ultimi, per l'accudimento del proprio congiunto con disabilità. Tali richieste riguardano non solo forme diversificate di intervento, ma anche i servizi sia temporanei (così detti di "sollevio"), che definitivi, a carattere residenziale.

Le nuove ammissioni, negli ultimi anni, riguardano soggetti che, provenendo da precedente esperienza di inserimento scolastico, presentano aspettative che non possono essere agevolmente soddisfatte nell'ambito delle attività proposte per la generalità degli utenti dei C.S.R.E. A tali specifiche esigenze, peraltro in continua evoluzione, il CAMPP ha risposto con l'attivazione di aggiornati servizi e progetti:

- **i CSRE "Nuove opportunità" di San Giorgio di Nogaro e Teor** che propongono attività ad alta valenza socializzante e di eventuale preparazione ad un successivo percorso di inserimento lavorativo (cura del verde pubblico, collaborazione con biblioteche pubbliche per la ricopertinatura di libri, collaborazione con aziende agricole locali per lo svolgimento di esperienze formative, ecc.);

- **il CSRE "Meridiano 35 ovest"** di Teor che attua programmi rivolti a soggetti giovani, ovvero con età entro i 35 anni;

- **il CSRE "Le primizie"** di Cervignano che realizza un programma centrato su attività formativa collegata al settore dell'orticoltura e, dal 2010, anche dell'apicoltura;

- **il CSRE "I Camminatori"** di Cervignano che persegue lo sviluppo delle potenzialità degli utenti attraverso un'esperienza di esplorazione del territorio, collegando ad essa attività formative collaterali;

- **il "Modulo Osservazione"** che è un Progetto Sperimentale rivolto ad utenti provenienti dalla scuola o da successive concluse esperienze, con età compresa tra i 16 ai 25 anni, e per i quali non è ipotizzabile un immediato ingresso nei tradizionali Servizi dell'Ente. Prevede una forma di orientamento individualizzato sviluppato sull'arco di un anno e la conclusione del percorso con destinazione verso uno dei Servizi offerti dal CAMPP. In questo periodo gli utenti sperimenteranno una varietà di proposte operative tale da rendere evidenti motivazioni, inclinazioni e aspettative, all'interno di un quadro realistico delle proprie potenzialità, attraverso il frequente rapporto con gli altri Servizi dell'Ente.

I Servizi, nell'ambito delle attività realizzate in favore dell'utenza, perseguono i seguenti **obiettivi**:

- ✓ Delineare progettualità di interventi al cui centro è posta la persona disabile.
- ✓ Assicurare una gamma di interventi di carattere educativo, sociale, assistenziale, sanitario, riabilitativo che tenga conto di ogni aspetto del benessere della persona.
- ✓ Proporre attività che assicurino l'acquisizione, il mantenimento, il potenziamento di abilità di autonomia (nella gestione della propria persona, nella fruizione dello spazio esistenziale).
- ✓ Creare un clima sociale orientato al benessere di ciascun soggetto.
- ✓ Predisporre attività di carattere pratico privilegiando l'incremento delle capacità manuali di ciascun soggetto.
- ✓ Mantenere e sviluppare stretti collegamenti con le famiglie dei soggetti seguiti.

- ✓ Produrre opportunità di scambio con la realtà sociale circostante promuovendo, presso l'opinione pubblica, iniziative di conoscenza del Centro, delle condizioni delle persone disabili e delle soluzioni per il superamento di ogni situazione di emarginazione.

Nel riconoscere al CAMPP l'azione di promozione che in particolare negli ultimi anni ha svolto rispetto ai servizi rivolti alla disabilità e agli interventi di integrazione con il territorio, anche in collaborazione con l'Azienda Sanitaria e il Servizio Sociale dei Comuni, si conviene quanto sia necessario, comunque, procedere ulteriormente nell'innovazione e/o integrazione di quanto finora attivato, nella consapevolezza di percorrere strade complesse e che richiederanno nuovi sforzi per l'attivazione delle risorse formali ed informali del territorio. Si evidenzia, in particolare, la necessità di rispondere alle "giovani" disabilità che assieme alle loro famiglie fin dall'infanzia attuano percorsi alternativi ai servizi "dedicati".

Si riporta come significativa l'esperienza svolta nel periodo 2011/2012 nell'Ambito di Latisana di collaborazione tra Azienda Sanitaria, Ambito Distrettuale e privato sociale, all'interno della quale, grazie ai fondi provinciali ai sensi della Legge 41/96, un gruppo di tre giovani ragazzi ha svolto un percorso presso la Fattoria Volpares a Palazzolo dello Stella. Si tratta di attività rivolte alla socializzazione e integrazione con il resto del gruppo di persone presenti a Volpares, allo svolgimento di lavori agricoli e di accudimento di piccoli animali, alla frequenza di un corso di formazione su orticoltura e allevamento organizzato in loco per un gruppo di 15 partecipanti. Un'altra progettualità sviluppata con questi fondi riguarda l'individuazione di modalità atte a garantire il trasporto scolastico per disabili che frequentano scuole superiori di secondo grado. Per quanto riguarda l'Ambito di Cervignano del Friuli, sempre utilizzando i fondi provinciali per progetti innovativi di cui alla L.R. 41/1996 sono stati realizzati e sono tuttora in corso due progetti personalizzati innovativi, di cui uno rivolto a persona con "diagnosi mista". In riferimento a questa specifica tipologia di utenza, sono in atto 2 progetti personalizzati, cofinanziati da ASS 5 e SSC, attivati già a partire dal primo Piano di zona 2006-2008.

La possibilità di raggiungere nel breve – medio termine l'obiettivo regionale di riqualificazione dei Centri semi-residenziali del CAMPP richiede il superamento della attuale rigidità del sistema, con particolare riferimento al totale assorbimento delle risorse da parte dei casi in carico.

INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA - AREA DISABILITÀ - SCHEDA PDZ N. 6

OBIETTIVO	<p>REGIONALE N. 6.1 Avviare un percorso di riqualificazione dei Centri Diurni per persone con disabilità finalizzato a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - diversificare il sistema semiresidenziale per adulti disabili con offerte adattabili alle esigenze dei soggetti; - promuovere soluzioni innovative alternative o integrative dei centri diurni maggiormente in grado di promuovere, in continuità educativa con la scuola e la famiglia, percorsi di autonomia personale e di inclusione sociale nei diversi contesti comunitari. 	<p>SOCIALE <input checked="" type="checkbox"/> SOCIO SANITARIO</p>
MACROAZIONE N. 6.1.1	<p>Elaborazione e successiva realizzazione di progetti personalizzati flessibili, come attività ed orario, a favore di adolescenti/giovani adulti con l'attivazione delle risorse del territorio, in alternativa o integrazione dei Centri diurni dedicati. Riqualificazione dei Centri diurni.</p>	
INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE	<p>Politiche dei trasporti, del lavoro e di inclusione sociale.</p>	
AZIONI DI SISTEMA COLLEGATE	<p>4.1 - 4.2 - 4.3 - 4.4 - 4.5 - 4.6</p>	
SERVIZI E INTERVENTI COINVOLTI	<p>Da Nomenclatore: (A1) (B1) (C3) (E2) (G3) (A9-SAN) (A10-SAN) (A12-SAN) (C1-SAN), CAMPP, terzo settore</p>	
ANNO 2013	<p>ASS: contributo professionale in integrazione con gli altri soggetti; SSC: contributo professionale in integrazione con gli altri soggetti; CAMPP: riqualificazione e riorganizzazione delle attività dei Centri diurni in base ai bisogni dei giovani utenti. Tutti i soggetti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • lavorano congiuntamente, secondo il modello multiprofessionale, per tracciare la mappa delle risorse attivabili al fine di concretizzare percorsi progettuali personalizzati e flessibili; • individuano le persone interessate dalle progettualità che verranno valutate con l'utilizzo delle scale multidimensionali e con l'elaborazione del profilo di funzionamento. • promuovono sinergie con altri soggetti non istituzionali; 	
ANNO 2014	<p>ASS: contributo professionale in integrazione con gli altri soggetti; SSC: contributo professionale in integrazione con gli altri soggetti; CAMPP: attivazione e gestione sperimentale dei progetti flessibili personalizzati con l'attivazione delle diverse risorse territoriali, in alternativa ai Centri diurni, ampliando pertanto la sua offerta.</p>	

ANNO 2015	<p>ASS: contributo professionale in integrazione con gli altri soggetti; SSC: contributo professionale in integrazione con gli altri soggetti; CAMPP: dare continuità alla gestione sperimentale dei progetti flessibili personalizzati con l'attivazione delle diverse risorse territoriali, in alternativa ai Centri diurni, con verifica della sperimentazione in termini qualitativi e quantitativi.</p>
INDICATORI DI RISULTATO NEL TRIENNIO	<p>Evidenza del sistema di offerta diversificato per intensità della cura e dell'assistenza. N. giovani disabili che a conclusione del percorso scolastico sono inseriti in programmi educativi e di inclusione sociale alternativi o integrativi dei centri diurni. <i>Valore atteso</i> Con riferimento al 31.12.2012, nel triennio 2013-2015 un numero crescente di disabili sperimenta percorsi educativi e di inclusione sociale alternativi ai centri diurni.</p>

4.3 AREA ANZIANI

Parte descrittiva:

Si rileva come negli ultimi anni le politiche sociali rivolte agli anziani abbiano dovuto “riformularsi” per rispondere ai nuovi bisogni degli utenti e famiglie sempre più specifici. Il prolungamento dell’aspettativa di vita, i tempi dei ricoveri ospedalieri, ridotti solo alla fase acuta della malattia, hanno determinato la necessità di ripensare l’accudimento a domicilio, in particolare per quel che riguarda l’igiene e cura delle persone e le prestazioni infermieristiche di base. Sul territorio degli Ambiti di Cervignano del Friuli e Latisana si ritiene di poter affermare che l’impiego degli interventi economici regionali (FAP e Fondo Gravissimi) e la rete dei servizi hanno favorito e promosso la domiciliarità con la predisposizione di progetti personalizzati anche in casi complessi dove l’integrazione sociosanitaria è garante di adeguate risposte.

Le persone e le loro famiglie hanno bisogno di qualità nelle prestazioni, di sapere che in particolari momenti critici i servizi sono presenti e sanno dare risposte in tempi e modi rispondenti alle necessità. Sempre di più è stato importante, nel corso di questi ultimi anni, dare agli operatori sociosanitari strumenti (operativi e formativi) per affrontare le situazioni più diverse e caratterizzate da problematiche psico-fisiche di rilevante intensità.

Sul nostro territorio importante è la presenza a domicilio delle assistenti familiari sia per la numerosità delle stesse che per l’apporto che danno all’accudimento degli anziani non-autosufficienti, pur considerando che non sempre i rapporti assistente familiare/utente/familiari/servizi riescono ad essere ottimali. Diverse sono state le iniziative rivolte alle assistenti familiari, realizzate anche grazie alla proficua sinergia tra i soggetti erogatori di prestazioni a domicilio e le associazioni di volontariato, che hanno favorito e facilitato la relazione delle stesse con i servizi.

Si rileva come, a tutela della dignità della persona parzialmente/totalmente non-autosufficiente, sia stata importante la promozione sul territorio dell’istituto dell’*Amministrazione di sostegno*. In diverse situazioni, oltre a favorire i rapporti della persona con le istituzioni, rappresenta un supporto per i familiari garantendo relazioni più trasparenti.

Entrambi gli Ambiti hanno assegnato un incarico ad un legale per l’avvio del ricorso per la nomina dell’amministratore di sostegno per le persone in carico ai Servizi ed hanno istituito l’Elenco dei soggetti disponibili a ricoprire l’incarico di amministratore di sostegno. L’Ambito di Latisana, tra la fine del 2011 e l’inizio del 2012, ha effettuato diversi incontri con la popolazione di informazione sul significato e competenze della suddetta figura; è anche stato organizzato un corso di formazione/sensibilizzazione in quattro serate che ha visto la partecipazione di 45 persone tra familiari di utenti ed altri interessati.

L’offerta dei servizi e delle prestazioni rivolti agli anziani, garantiti in forma integrata, si articola in:

- Servizio di assistenza domiciliare, lavanderia e pasti a domicilio (il servizio viene erogato in entrambi gli Ambiti tramite appalto a cooperative);
- Interventi specifici a sostegno delle dimissioni ospedaliere con necessità di continuità assistenziale (per il solo Ambito di Cervignano);
- Moduli respiro domiciliari (per il solo Ambito di Cervignano);
- Protocollo farmaci (per il solo Ambito di Cervignano);
- Centri diurni per autosufficienti (Ambito di Cervignano del Friuli e Latisana) e non-autosufficienti (Ambito di Latisana);
- Trasporti sociali;
- Inserimenti in strutture residenziali protette (nel corso dell’anno 2011 l’Ambito di Latisana ha adottato un regolamento per l’erogazione di contributi ai fini dell’integrazione rette);

- Consulenza psicologica (per il solo Ambito di Latisana);
- Incarico legale per il ricorso finalizzato alla nomina dell'amministrazione di sostegno;
- Assistenza economica a vario titolo;
- Telesoccorso e teleassistenza;
- Contributi per l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati;
- Soggiorni per anziani autosufficienti e parzialmente autosufficienti (nell'Ambito di Latisana anche per utenti del centro diurno in collaborazione con l'A.S.P.);
- Servizi per interventi acuti e d'urgenza (Ospedale e Pronto soccorso, 118), che si raccordano con i PUA/CeCAP per la continuità assistenziale (Protocollo per le dimissioni protette continuità assistenziale);
- Assistenza medica (MMG, Servizi di Continuità Assistenziale);
- Servizi di assistenza specialistica ambulatoriale e domiciliare;
- PUA/CeCAP;
- Servizio Infermieristico Domiciliare (che si articola anche nell'Infermiere di Comunità) e ambulatoriale, Servizio Riabilitativo Ambulatoriale e Domiciliare;
- Cure palliative e terapia del dolore (ambulatoriale e domiciliare);
- Servizi Residenziali: RSA e Hospice;
- Servizi di prevenzione (uffici vaccinazioni);
- Assistenza farmaceutica (diretta, indiretta, integrativa regionale) e assistenza protesica (in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione dell'ASS 5);
- Trasporto sanitario secondario.

A livello aziendale si opera molto anche sulla prevenzione e sulla realizzazione e promozione di iniziative organizzate sul territorio in merito a patologie cronicodegenerative (ad esempio con il Consultorio Diabetologico vengono organizzati corsi di formazione anche residenziali rivolti a popolazione selezionata e alla popolazione in generale); educazione sanitaria e all'assistenza (ad esempio corsi per assistenti familiari organizzati dall'Ambito Distrettuale).

Esiste una commissione aziendale denominata "Promozione della salute", interdisciplinare, aperta anche a soggetti esterni (Ambiti Distrettuali, Volontariato; Medici del territorio, Istituti Scolastici) la quale nelle riunioni periodiche programma le attività nel territorio di competenza dell'azienda sanitaria, in base alle indicazioni del Piano Prevenzione Regionale (dicembre 2011/2013).

Si rileva come, all'interno della stessa Azienda Sanitaria n. 5, i due Ambiti di Cervignano del Friuli e Latisana abbiano operato e collaborato con modalità diverse. Si ritiene opportuno valorizzare gli aspetti positivi di alcune esperienze per rendere, per quanto più possibile, omogenei gli interventi nel territorio della Bassa Friulana, pur garantendo le peculiarità.

Nel corso degli incontri nei tavoli di discussione sugli obiettivi di integrazione sociosanitaria è stata evidenziata la necessità di sviluppare una maggiore collaborazione con le strutture residenziali per anziani per favorire l'attivazione di progetti personalizzati rispondenti alle esigenze delle persone promuovendo anche percorsi alternativi all'istituzionalizzazione.

Si ritiene che i molteplici servizi ed interventi sociali e sanitari offerti nel territorio diano una sufficiente risposta per favorire la domiciliarità alle persone non autosufficienti rilevando, altresì, l'opportunità di affinare le modalità di valutazione/intervento integrato per l'erogazione di alcune prestazioni/servizi tenendo conto anche dei bisogni emergenti.

INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA - AREA ANZIANI - SCHEDA PDZ N. 7

OBIETTIVO	REGIONALE N. 7.1 Promuovere interventi di promozione della salute e di prevenzione delle disabilità nell'anziano.	SOCIALE <input checked="" type="checkbox"/> SOCIOSANITARIO
MACROAZIONE N. 7.1.1	Realizzazione annuale di un intervento di promozione della salute e di prevenzione delle disabilità nell'anziano con particolare attenzione a rischio cadute, anche a domicilio, e agli incidenti domestici.	
INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE	Politiche di prevenzione e promozione della salute, associazioni di volontariato, terzo settore.	
AZIONI DI SISTEMA COLLEGATE	4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.5, 4.6	
SERVIZI E INTERVENTI COINVOLTI	Da Nomenclatore: (A1) (A1-SAN) (A5-SAN) (A6-SAN) (A8-SAN) oltre che i Pronto Soccorso Ospedalieri e il Dipartimento di prevenzione, in particolare l'Area Promozione Salute.	
ANNO 2013	Progetto pilota per l'individuazione degli anziani a rischio caduta: verifica ambientale presso gli anziani, segnalati al Distretto o al Servizio Sociale da parte del Medico di Medicina Generale, dopo un episodio di caduta. Il Medico di Medicina Generale partecipa al Progetto Pilota su base volontaristica. Iniziative di informazione in merito agli incidenti domestici in collaborazione con SID/Infermiere di Comunità, SRD, Associazioni di Volontariato e Dipartimento di Prevenzione in alcuni comuni del territorio.	
ANNO 2014	Estensione del progetto pilota per l'individuazione del rischio caduta e sperimentazione dello stesso con la collaborazione almeno del 10% dei Medici di Medicina Generale. Iniziative di informazione in merito agli incidenti domestici in collaborazione con SID/Infermiere di Comunità, SRD, Associazioni di Volontariato e Dipartimento di Prevenzione in alcuni comuni del territorio, diversi dall'anno precedente.	
ANNO 2015	Iniziative di informazione in merito agli incidenti domestici in collaborazione con SID/Infermiere di Comunità, SRD, Associazioni di Volontariato e Dipartimento di Prevenzione in alcuni comuni del territorio, a completamento della diffusione su tutto il territorio di pertinenza.	
INDICATORI DI RISULTATO NEL TRIENNIO	N. iniziative di promozione della salute: almeno 1 iniziativa all'anno N. anziani coinvolti in programmi di promozione della salute: almeno 20 per ogni iniziativa <i>Valori attesi</i> Ogni anno viene realizzato almeno un programma di promozione della salute in collaborazione con i destinatari e coinvolgendo soggetti della comunità. Un numero crescente di anziani nel triennio 2013-2015 sono coinvolti in programmi di promozione della salute.	

OBIETTIVO	REGIONALE N. 7.2 Sviluppare la domiciliarità, sostenere le famiglie, qualificare il lavoro di cura degli assistenti familiari, sperimentare soluzioni innovative di risposta residenziale (es. utilizzo condiviso di civili abitazioni per favorire forme di convivenza per anziani soli...) per ampliare le possibilità anche di coloro che necessitano di assistenza e cure, di vivere in contesti di vita non istituzionalizzanti.	SOCIALE <input checked="" type="checkbox"/> SOCIOSANITARIO
MACROAZIONE N. 7.2.1	<ul style="list-style-type: none"> - Favorire il mantenimento degli attuali livelli dei servizi sociosanitari erogati a domicilio puntando verso una maggiore omogeneizzazione e qualità delle prestazioni anche attraverso momenti di formazione/informazione integrati tra i diversi operatori coinvolti. - Potenziare la collaborazione tra i servizi territoriali/ospedalieri/residenziali al fine di favorire la presa in carico integrata delle persone in un progetto di continuità assistenziale rivedendo l'applicazione del protocollo aziendale sulla continuità assistenziale stessa e avviando accordi con le A.S.P. e le altre strutture residenziali per collaborazioni più organiche. - Formulare un progetto per la predisposizione di una "mappa delle fragilità" che permetta di cogliere alcuni aspetti specifici e problematici della popolazione anziana anche al fine di programmare interventi futuri di prevenzione e promozione alla salute. - Favorire la conoscenza dell'istituto dell'amministratore di sostegno al fine di implementarne il suo utilizzo, a supporto delle persone e famiglie, attraverso incontri sul territorio e l'attivazione di uno sportello informativo per i cittadini. 	
INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE	Politiche per la casa	
AZIONI DI SISTEMA COLLEGATE	4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.5, 4.6	
SERVIZI E INTERVENTI COINVOLTI	Da nomenclatore: (A1) (A1 – SAN) (A5 – SAN) (A6 – SAN) (A8 - SAN), Direzione Distretto Sanitario, reparti ospedalieri, ASP/strutture residenziali, enti formativi, Terzo settore	
ANNO 2013	<ul style="list-style-type: none"> - Definizione di un percorso di formazione/informazione per operatori domiciliari volto a favorire la presa in carico integrata (SSC, ASS e Terzo Settore). - Collaborazione con gli enti/agenzie che organizzano percorsi formativi per assistenti familiari rispetto alla conoscenza nel territorio e ai contenuti dei percorsi stessi (SSC, ASS, agenzie formative). - Attivazione di percorsi di continuità assistenziale domicilio/strutture residenziali (SSC, ASS, ASP/strutture residenziali). - Avvio di funzioni di sportello informativo sull'amministrazione di sostegno (SSC, ASS, associazioni di volontariato, enti giudiziari). - Avvio di un percorso per la predisposizione di una mappa delle fragilità (SSC, ASS, MMG, associazioni di volontariato). 	

	<ul style="list-style-type: none"> - Consolidamento di servizi domiciliari “dedicati” in momenti in cui l'utente necessita di un accudimento più intenso o in emergenza (SSC, ASS e Cooperative). - Definizione di proposte di servizi domiciliari “dedicati” in momenti in cui l'utente necessita di un accudimento più intenso o in emergenza (SSC, ASS e Cooperative). - Avvio di un percorso di approfondimento rispetto alla possibilità di attivare forme di convivenza di anziani in alternativa all'istituzionalizzazione (SSC, ASS, Ater, associazioni).
ANNO 2014	<ul style="list-style-type: none"> - Ripresa, se necessaria, delle azioni riferite a formazione/informazione degli operatori e delle collaborazioni con le agenzie/enti per percorsi formativi a favore di assistenti familiari e familiari degli anziani (SSC, ASS, Cooperative, agenzie formative). - Applicazione della modalità sperimentale di mappatura della fragilità in alcuni comuni dell'ambito predefiniti (SSC, ASS, MMG, associazioni di volontariato). <p>Avvio di percorsi di sensibilizzazione delle famiglie interessate, rispetto alla possibilità di attivare forme di convivenza di anziani in alternativa all'istituzionalizzazione (SSC, ASS, Ater, associazioni).</p>
ANNO 2015	<ul style="list-style-type: none"> - Verifica dei percorsi avviati ad integrazione dei servizi socio-sanitari in particolare per i servizi domiciliari e nella continuità assistenziale (SSC, ASS). - Verifica dei primi risultati rispetto alla predisposizione della mappa delle fragilità in alcuni comuni favorendo l'ampliamento della stessa in altre sedi (SSC, ASS, MMG, associazioni di volontariato). - Avvio di eventuali forme di convivenza tra anziani in alternativa all'istituzionalizzazione (SSC, ASS, Ater, associazioni).
INDICATORI DI RISULTATO NEL TRIENNIO	<p>Rapporto tra n. anziani residenti nell'ambito distrettuale e n. anziani provenienti dal medesimo ambito accolti in strutture per anziani (compresi quelli accolti in strutture situate in ambiti territoriali diversi).</p> <p>Valore atteso</p> <p>Con riferimento al 31.12.2012 nel triennio 2013-2015 il rapporto tende ad aumentare.</p>

4.4 AREA DIPENDENZE E SALUTE MENTALE

Parte descrittiva:

I processi di ristrutturazione del mondo del lavoro e la situazione di grave crisi economica degli ultimi anni hanno prodotto da un lato l'allontanamento dal mercato del lavoro di ampie quote di persone attive e dall'altro l'introduzione di situazioni di estrema flessibilità in ragione delle diverse tipologie contrattuali. Questi fenomeni di disoccupazione e di precarizzazione collocano molti soggetti nella condizione di rischio: le fragilità sono nuove sia in termini individuali che collettivi. Persone svantaggiate sotto diversi aspetti (disabilità, istituzionalizzazione, detenzione, uso di sostanze, disturbo psichico, marginalità, ecc.) sono particolarmente esposte a fenomeni di deriva ed esclusione sociale.

L'approccio a questo problema richiede in maniera innovativa lo sviluppo di politiche integrate (sanità, lavoro, casa...) per fronteggiare la complessità dei bisogni emergenti.

Pertanto la necessità di lavorare in modo integrato, già avviata e sviluppata dalla cultura e dalle pratiche esistenti nel territorio, è stata confermata ed ulteriormente approfondita.

I servizi in quest'area comprendono le attività ed i progetti di presa in carico delle situazioni di difficoltà connesse alla disabilità, al disturbo psichico ed all'uso di sostanze psicoattive ed altri comportamenti "da dipendenza"; in particolare si riportano i seguenti:

- a) il S.I.L., (Servizio Integrazione Lavorativa, che afferisce al C.A.M.P.P.) quale servizio dedicato ai percorsi di inserimento per disabili, compresi gli interventi ai sensi della L. 68/99 in tema di collocamento obbligatorio;
- b) i due Centri di Salute Mentale 24 ore di Palmanova e Latisana dispongono rispettivamente di 8 e 7 posti letto per l'accoglienza in regime psichiatrico volontario o obbligatorio;
- c) le due sedi del Servizio per le dipendenze patologiche di Palmanova e Latisana.

Tra gli strumenti operativi utilizzati si richiamano:

- i progetti personalizzati nell'area disabilità attraverso il F.A.P. Vita Indipendente;
- i progetti personalizzati realizzati con l'apporto del privato sociale convenzionato che permettono interventi di cura e riabilitazione mirati che coinvolgono l'utente, la famiglia e la comunità locale;
- i progetti personalizzati attraverso il FAP salute mentale (ai sensi dell'art. 41 L.R. 6/06) che prevedono la compartecipazione della spesa al 50 % tra Ambito e A.S.S. n. 5;
- l'uso di strumenti, quali le borse lavoro e socio-educative, diversamente articolati e disciplinati dai vari soggetti (Comuni, A.S.S. n. 5, C.A.M.P.P.).

I servizi per le dipendenze patologiche, presenti per tutta l'area di competenza dell'A.S.S. n. 5, si occupano delle problematiche relative all'uso di alcol, sostanze illegali, psicofarmaci, tabagismo e gioco d'azzardo prevedendo il coinvolgimento dei familiari e delle Associazioni che operano su queste tematiche (Associazione Club degli Alcolisti in Trattamento, Alcolisti Anonimi, AGITA, ecc.).

I servizi di salute mentale, organizzati nella forma dipartimentale, si occupano di prevenzione, cure a riabilitazione del disturbo psichico con responsabilità sull'intero territorio dell'A.S.S. n. 5.

Il Servizio Sociale dei Comuni opera in modo integrato con i servizi dell'A.S.S. n. 5 e del C.A.M.P.P. per la presa in carico congiunta. Nell'Ambito di Latisana, per alcune

situazioni di marginalità e disagio, oltre alle figure dell'assistente sociale, c'è la collaborazione dello psicologo dell'area adulti/anziani.

Una parte rilevante degli interventi in quest'area è costituita dagli inserimenti in borsa-lavoro e dalle borse socio-educative, quali parti integranti di un progetto personalizzato più ampio. I progetti vengono realizzati in collaborazione con gli Enti locali, le imprese e le realtà della cooperazione sociale; significative sono le esperienze presso le fattorie sociali Molin Novacco nel Comune di Aiello e Volpares, nel Comune di Palazzolo dello Stella.

L'Ambito Distrettuale di Latisana, con l'A.S.S. n. 5 , nell'anno 2011 e 2012 attraverso il progetto "Coltiviamoci ... integrazione lavorativa viaggiando tra i campi e non solo ..." in collaborazione con diversi partners quali le associazioni di categoria, aziende agricole, il centro per l'impiego, il terzo settore, le scuole, il centro di formazione sull'agricoltura, hanno attivato sul territorio un percorso ai fini di favorire una attenzione particolare verso processi di integrazione e inclusione lavorativa di persone con difficoltà anche transitorie.

Obiettivi del progetto sono:

- favorire una precisa e reciproca conoscenza tra operatori socio-sanitari e aziende agricole del territorio in collaborazione con le associazioni di categoria (sono state contattate diverse aziende del territorio);
- favorire percorsi di formazione rispetto al lavoro agricolo. In collaborazione con il CeFap di Codroipo è stato organizzato in loco un corso di formazione su orticoltura e allevamento al quale hanno partecipato n. 15 persone inviate dal servizio sociale dei comuni e dal Ser.T.;
- fornire opportunità di lavoro a persone svantaggiate attraverso *work-experiences*, borse lavoro e quant'altro. In collaborazione con il centro per l'impiego verranno identificate le forme di inserimento più opportune;
- sensibilizzazione del territorio rispetto all'accoglienza di persone con disagio, con situazioni sfavorevoli anche transitorie.

In questo progetto e non solo, vista la portata degli interventi, di rilevante importanza sono gli inserimenti in borse socio-educative/assistenziali. Da molti anni ormai i suddetti inserimenti sono uno strumento importante per esperienze di integrazione, relazione e formazione in un contesto lavorativo. Si registra una criticità importante, già in molte occasioni rilevata e che nei percorsi di integrazione socio-sanitaria diventa di difficile gestione, nella differenziazione degli importi erogati alle persone in borsa lavoro che rischiano di creare delle differenze tra gli utenti stessi.

INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA - AREA DISABILITA', DIPENDENZE, SALUTE MENTALE IN TEMA DI INSERIMENTO LAVORATIVO - SCHEDA PDZ N. 8

OBIETTIVO	REGIONALE N. 8.1 Favorire lo sviluppo di opportunità lavorative e di inclusione sociale per le persone svantaggiate nell'ambito di nuovi accordi pubblico-privato, di reti locali di economia solidale e di filiere produttive di economia sociale.	SOCIALE <input checked="" type="checkbox"/> SOCIOSANITARIO
MACROAZIONE N. 8.1.1	Sviluppo di nuove modalità di integrazione tra pubblico, privato e privato sociale in tema di opportunità socio-riabilitative ed inserimenti lavorativi.	
INTEGRAZIONE CON ALTRE POLITICHE	L'azione si sviluppa anche in raccordo con le politiche del lavoro e della formazione professionale; sono pertanto coinvolti i Centri per l'Impiego, i S.I.L. e gli Enti di Formazione Professionale presenti nel territorio provinciale.	
AZIONI DI SISTEMA COLLEGATE	4.1 – 4.2 – 4.3 – 4.4 - 4.6	
SERVIZI E INTERVENTI COINVOLTI	Oltre ai servizi del SSC e ASS n. 5, sono coinvolti nella realizzazione della macroazione il SIL, i Centri per l'Impiego, il Centro di Orientamento Regionale, i Centri di Formazione professionale.	
ANNO 2013	<p>a) Sviluppo del progetto "Coltiviamoci" in tema di agricoltura sociale (Ambito di Latisana)</p> <p>b) Definizione del protocollo SIC (Sistema Integrato di Consulenza) tra Ambiti di Latisana e Cervignano del Friuli, Centri per l'Impiego, Centro di Orientamento Regionale, per la definizione di percorsi di accesso, consulenza e presa in carico delle persone in tema di inserimento, reinserimento e orientamento lavorativo.</p> <p>c) Sviluppo inserimenti lavorativi nella cooperazione sociale applicando il protocollo per riservare l'affidamento di lavori e servizi alla cooperazione di tipo B.</p> <p>d) Sostegno all'inserimento di persone fragili con l'applicazione di clausole sociali negli affidamenti di servizi e lavori.</p>	
ANNO 2014	<p>a) Sviluppare le possibilità di inserimento attraverso i canali dedicati (ad es. work experience, tirocini guidati, stages, ecc.).</p> <p>b) Individuazione di una o più realtà del terzo settore in grado di attivare percorsi di assunzione secondo la normativa in tema di cooperazione sociale.</p> <p>c) Sostegno all'inserimento di persone fragili con l'applicazione di clausole sociali negli affidamenti di servizi e lavori.</p>	
ANNO 2015	<p>a) Individuazione di una o più realtà del privato in grado di attivare percorsi di assunzione secondo la normativa in tema di cooperazione sociale.</p> <p>b) Definizione di strategie adeguate al fine di dare maggior autonomia finanziaria ai progetti di fattoria sociale Volpares e Molin Novacco.</p> <p>c) Sostegno all'inserimento di persone fragili con l'applicazione di clausole sociali negli affidamenti di servizi e lavori.</p>	
INDICATORI DI	N. di persone svantaggiate inserite in contesti lavorativi; valore atteso:	

RISULTATO NEL TRIENNIO	10. Con riferimento ai dati di flusso 2012, nel triennio 2013 -2015 le persone svantaggiate che sperimentano opportunità di inclusione sociale aumentano o trovano una collocazione lavorativa effettiva.
-------------------------------	--

4.5 AREA POVERTA', DISAGIO ED ESCLUSIONE SOCIALE

_____Parte descrittiva ----

INTEGRAZIONE CON LE POLITICHE DEL LAVORO – MISURE DI CONTRASTO ALLA POVERTA' - SCHEDA PDZ N. 9

OBIETTIVO	REGIONALE 9.1 - Utilizzo di strumenti di re-inserimento lavorativo sociale secondo una logica di attivazione che mira all'autonomia della persona.	<input checked="" type="checkbox"/> SOCIALE SOCIO SANITARIO
MACROAZIONE N. 9.1.1	Sperimentazione di un nuovo approccio culturale e metodologico al re-inserimento lavorativo più adeguato al nuovo mercato del lavoro, attraverso la presa in carico integrata tra i diversi servizi e l'accompagnamento/sostegno dei cittadini a rischio di povertà ed esclusione sociale.	
OBIETTIVI DI AREA COLLEGATI	Area minori e famiglia: obiettivi 5.1, 5.2 e 10.1 Area anziani: obiettivi 7.1 e 7.2 Area disabilità: obiettivo 6.1 Area dipendenze e salute mentale: obiettivo 8.1	
SERVIZI E INTERVENTI COINVOLTI	A2,A3-1,A4,A5,A6,B1,B3,C1,C2,C3,C4,C7,D1,D2, D4,D5,D6,E1,E2,E3, E4,F1,F5, F6, F7,F8-1,F8-2,F10,F11,F12,F13,F14,F15,F16-1,F16-2,F21,G3,G7,G9,H1,H5,L4, A9-SAN,E4-SAN	
ANNO 2013	<ul style="list-style-type: none"> a. Sperimentazione del protocollo Servizio Integrato di Consulenza sviluppato dalla collaborazione tra SSC, CPI e COR; b. Definizione di accordi con i soggetti rappresentanti le categorie (Confagricoltori, Confartigianato, Associazione piccole e medie industrie,...) per l'attivazione di opportunità e progettualità individualizzate a cui correlare l'attivazione del Protocollo SIC e del Fondo di Solidarietà Regionale, c. Individuazione di n. 10 casi sui quali sperimentare nuove forme di accompagnamento al re-inserimento lavorativo anche attraverso l'utilizzazione del Fondo di Solidarietà regionale e l'attivazione di strumenti quali le work-experience, i tirocini e le borse di reinserimento sociale d. Sviluppo di progettualità relativa alla realizzazione di percorsi formativi di "economia domestica" e orientamento ai consumi consapevoli per piccoli gruppi e. Messa in rete di opportunità formative 	
ANNO 2014	<ul style="list-style-type: none"> a. Monitoraggio dell'applicazione del protocollo SIC b. Monitoraggio dell'andamento delle 10 situazioni individuate nella precedente annualità 	

	<ul style="list-style-type: none"> c. Individuazione di ulteriori 10 situazioni sulle quali replicare la sperimentazione d. Estensione del protocollo SIC agli altri servizi del territorio (CSM, SIL, Centri di ascolto Caritas...)
ANNO 2015	<ul style="list-style-type: none"> a. Monitoraggio dell'applicazione del protocollo SIC ed eventuale formalizzazione all'interno dello stesso dell'adesione di nuovi partners b. Monitoraggio dell'andamento delle 20 situazioni individuate nella precedente annualità c. Individuazione di ulteriori 10 situazioni sulle quali replicare la sperimentazione d. Analisi del percorso e definizione di nuove teorizzazioni metodologiche in tema di re-inserimento sociale.
INDICATORI DI RISULTATO NEL TRIENNIO	<p>N. di persone a rischio di povertà e di esclusione sociale per le quali è stato previsto un percorso di re-inserimento lavorativo. Individuazione di modalità per la reciproca trasmissione delle informazioni con i CPI.</p> <p><i>Valore atteso</i> Con riferimento ai dati di flusso 2012, nel triennio 2013 -2015 un maggior numero di persone a rischio di povertà e di esclusione sociale intercettate dai servizi potranno sperimentare percorsi di re-inserimento lavorativo.</p>

5. LE RISORSE DEL PIANO DI ZONA

Le risorse finanziarie del Piano di Zona per il triennio 2013-2015 sono rappresentate nello schema facente parte degli allegati.

Appare opportuno fare alcune precisazioni:

- Per quanto riguarda il bilancio del Servizio sociale dei Comuni i dati di preventivo 2013 sono quelli dell'assestamento 2012, unici dati affidabili alla data di stesura del piano di zona. Per gli anni 2014 e 2015 sono state indicati gli stessi dati, nella consapevolezza che saranno apportate le modifiche necessarie nella predisposizione dei relativi PAA. Per i contributi relativi a carta famiglia energia elettrica la riduzione del contributo regionale è del 50% già a partire dal 2013;
- Per quanto riguarda le risorse economiche dell'ASS 5 per la parte sociosanitaria esse saranno rappresentate successivamente in una apposita scheda;
- Per quanto riguarda la partecipazione economica degli organismi del terzo settore questa non viene indicata in quanto la parte del coinvolgimento per l'apporto di risorse proprie e per la co-progettazione verrà sviluppata nel corso del 2013;
- Per quanto riguarda le risorse economiche dei Comuni per funzioni non delegate al SSC si rileva che i dati riguardano unicamente la quota per la partecipazione al Consorzio per i servizi all'handicap (CAMPP) riferita sia alla parte solidaristica sia a quella delle tariffe per fruizione di servizi e la quota, ove è stato possibile rilevarla, per il servizio pasti caldi a domicilio. I dati economici dei comuni singoli sono riferiti a solo due funzioni e questo dà conto della portata quasi completa della delega alla gestione associata.

Descrizione	TOTALE GENERALE				AREA SPESE DI GESTIONE E SERVIZIO SOCIALE				AREA ANZIANI				AREA FAMIGLIA MINORI			
	ANNO 2013	ANNO 2014	ANNO 2015	TOTALE GENERALE	ANNO 2013	ANNO 2014	ANNO 2015	TOTALE AREA SPESE DI GESTIONE	ANNO 2013	ANNO 2014	ANNO 2015	TOTALE AREA ANZIANI	ANNO 2013	ANNO 2014	ANNO 2015	TOTALE AREA FAMIGLIA MINORI
Interventi non in delega al SSC gestiti direttamente dal Comune di																
Trasferimenti Regionali Sostegno alle locazioni	0,00	0,00	0,00	0,00				0,00				0,00				0,00
Fondi Regionali L.R. 11/2006	0,00	0,00	0,00	0,00				0,00				0,00				0,00
Fondi Regionali L.R. 41/1996	0,00	0,00	0,00	0,00				0,00				0,00				0,00
Altri Trasferimenti Regionali	0,00	0,00	0,00	0,00				0,00				0,00				0,00
Trasferimenti Provinciali	0,00	0,00	0,00	0,00				0,00				0,00				0,00
Altri Fondi	0,00	0,00	0,00	0,00				0,00				0,00				0,00
Compartecipazione Utenti pasti caldi a domicilio	0,00	0,00	0,00	0,00				0,00				0,00				0,00
Aiello del Friuli									32.000,00	32.000,00	32.000,00					
Aquileia									35.000,00	35.000,00	35.000,00					
Bagnaria Arsa									0,00	0,00	0,00					
Bicinicco									0,00	0,00	0,00					
Campolongo Tapogliano									0,00	0,00	0,00					
Cervignano del Friuli									56.398,50	56.398,50	56.398,50					
Chiopris Viscone									0,00	0,00	0,00					
Fiumicello									27.000,00	27.000,00	27.000,00					
Gonars									20.725,00	20.725,00	20.725,00					
Palmanova									21.960,00	21.960,00	21.960,00					
Ruda									27.000,00	27.000,00	27.000,00					
Santa Maria la Longa									2.246,00	2.246,00	2.246,00					
San Vito al Torre									0,00	0,00	0,00					
Terzo d'Aquileia									5.400,00	5.400,00	5.400,00					
Trivignano Udinese									5.862,00	5.862,00	5.862,00					
Villa Vicentina									16.000,00	16.000,00	16.000,00					
Visco									0,00	0,00	0,00					
									249.591,50	249.591,50	249.591,50					
Fondi Propri (CAMPP):																
Aiello del Friuli																
Aquileia																
Bagnaria Arsa																
Bicinicco																
Campolongo Tapogliano																
Cervignano del Friuli																
Chiopris Viscone																
Fiumicello																
Gonars																
Palmanova																
Ruda																
Santa Maria la Longa																
San Vito al Torre																
Terzo d'Aquileia																
Trivignano Udinese																
Villa Vicentina																
Visco																
totale																
Fondi propri Pasti caldi a domicilio																
Aiello del Friuli									9.313,61	9.313,61	9.313,61					
Aquileia									4.500,00	4.500,00	4.500,00					
Bagnaria Arsa									0,00	0,00	0,00					
Bicinicco									0,00	0,00	0,00					
Campolongo Tapogliano									0,00	0,00	0,00					
Cervignano del Friuli									43.168,81	43.168,81	43.168,81					
Chiopris Viscone									0,00	0,00	0,00					
Fiumicello									51.000,00	51.000,00	51.000,00					
Gonars									31.438,56	31.438,56	31.438,56					
Palmanova									27.248,82	27.248,82	27.248,82					
Ruda									14.900,00	14.900,00	14.900,00					
Santa Maria la Longa									3.326,29	3.326,29	3.326,29					
San Vito al Torre									4.324,18	4.324,18	4.324,18					
Terzo d'Aquileia									1.600,00	1.600,00	1.600,00					
Trivignano Udinese									6.284,23	6.284,23	6.284,23					
Villa Vicentina									5.322,06	5.322,06	5.322,06					
									202.426,56	202.426,56	202.426,56					
	0,00	0,00	0,00	0,00				0,00				0,00				0,00
Totale	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	452.018,06	452.018,06	452.018,06	1.356.054,18	0,00	0,00	0,00	0,00

Descrizione	AREA DISAGIO E MARGINALITA' SOCIALE				AREA DISABILITA'				AREA SALUTE MENTALE				AREA DIPENDENZE				0,00			
	ANNO 2013	ANNO 2014	ANNO 2015	TOTALE AREA DISAGIO E MARGINALITA' SOCIALE	ANNO 2013	ANNO 2014	ANNO 2015	TOTALE AREA DISABILITA'	ANNO 2013	ANNO 2014	ANNO 2015	TOTALE AREA SALUTE MENTALE	ANNO 2013	ANNO 2014	ANNO 2015	TOTALE AREA DIPENDENZE	ANNO 2013	ANNO 2014	ANNO 2015	TOTALE AREA TEMATICHE TRASVERSALI
Interventi non in delega al SSC gestiti direttamente dal Comune di																				
Trasferimenti Regionali Sostegno alle locazioni				0,00				0,00				0,00				0,00				0,00
Fondi Regionali L.R. 11/2006				0,00				0,00				0,00				0,00				0,00
Fondi Regionali L.R. 41/1996				0,00				0,00				0,00				0,00				0,00
Altri Trasferimenti Regionali				0,00				0,00				0,00				0,00				0,00
Trasferimenti Provinciali				0,00				0,00				0,00				0,00				0,00
Altri Fondi				0,00				0,00				0,00				0,00				0,00
Compartecipazione Utenti pasti caldi a domicilio				0,00				0,00				0,00				0,00				0,00
Aiello del Friuli																				
Aquileia																				
Bagnaria Arsa																				
Bicinicco																				
Campolongo Tapogliano																				
Cervignano del Friuli																				
Chiopris Viscone																				
Fiumicello																				
Gonars																				
Palmanova																				
Ruda																				
Santa Maria la Longa																				
San Vito al Torre																				
Terzo d'Aquileia																				
Trivignano Udinese																				
Villa Vicentina																				
Visco																				
Fondi Propri (CAMPP):																				
Aiello del Friuli					24.514,00	24.514,00	24.514,00													
Aquileia					22.122,70	22.122,70	22.122,70													
Bagnaria Arsa					61.420,50	61.420,50	61.420,50													
Bicinicco					27.827,00	27.827,00	27.827,00													
Campolongo Tapogliano					4.738,50	4.738,50	4.738,50													
Cervignano del Friuli					312.751,00	312.751,00	312.751,00													
Chiopris Viscone					10.381,10	10.381,10	10.381,10													
Fiumicello					55.995,70	55.995,70	55.995,70													
Gonars					87.109,00	87.109,00	87.109,00													
Palmanova					117.616,70	117.616,70	117.616,70													
Ruda					37.241,70	37.241,70	37.241,70													
Santa Maria la Longa					9.535,50	9.535,50	9.535,50													
San Vito al Torre					32.396,20	32.396,20	32.396,20													
Terzo d'Aquileia					19.810,00	19.810,00	19.810,00													
Trivignano Udinese					13.830,00	13.830,00	13.830,00													
Villa Vicentina					19.889,50	19.889,50	19.889,50													
Visco					3.065,40	3.065,40	3.065,40													
totale					860.244,50	860.244,50	860.244,50													
Fondi propri Pasti caldi a domicilio																				
Aiello del Friuli																				
Aquileia																				
Bagnaria Arsa																				
Bicinicco																				
Campolongo Tapogliano																				
Cervignano del Friuli																				
Chiopris Viscone																				
Fiumicello																				
Gonars																				
Palmanova																				
Ruda																				
Santa Maria la Longa																				
San Vito al Torre																				
Terzo d'Aquileia																				
Trivignano Udinese																				
Villa Vicentina																				
				0,00				0,00				0,00				0,00				0,00
Totale	0,00	0,00	0,00	0,00	860.244,50	860.244,50	860.244,50	2.580.733,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3.936.787,68

6. IL MONITORAGGIO, LA VERIFICA E LA VALUTAZIONE DEL PDZ

In questo capitolo è descritto il processo di monitoraggio, verifica e valutazione del PDZ 2013-2015 dell'Ambito distrettuale 5.1 di Cervignano del Friuli (UD). La sua impostazione, nelle scelte metodologiche e operative, fa tesoro anche dell'esperienza valutativa realizzata nel precedente PDZ. Inoltre, coerentemente con quanto definito nelle Linee guida, le attività valutative sono intese come profondamente intrecciate alla realizzazione degli obiettivi del Piano e perseguono le seguenti finalità:

- controllo costante dell'andamento fisico del Piano, sia sotto l'aspetto contabile dell'avanzamento della spesa che quello della realizzazione di quanto pianificato; ciò permetterà di attivare, in corso d'opera e a fronte di eventuali scostamenti rispetto a quanto programmato, le necessarie correzioni;
- partecipazione di tutti gli stakeholder della pianificazione sociale locale alla produzione di elementi valutativi;
- supporto alla formulazione di strategie di indirizzo utili alla ridefinizione della pianificazione annuale (PAA), nonché della prossima pianificazione triennale (PDZ);
- trasparenza, informando in modo chiaro tutti i cittadini, i restanti stakeholder e la stessa Amministrazione regionale sui risultati raggiunti dal Piano; tale finalità sarà perseguita anche attraverso l'impiego del web mettendo a disposizione nel sito internet dell'Ente gestore i vari materiali prodotti.

La responsabilità di coordinamento delle attività di monitoraggio, verifica e valutazione del PDZ è affidata all'Ufficio di direzione e programmazione dell'Ambito distrettuale. Per la progettualità integrata sociosanitaria, la gestione di queste attività sarà condivisa con i referenti del distretto sanitario, dell'Azienda per i Servizi Sanitari, dal CAMPP, in momenti dedicati. Inoltre il processo valutativo avviato a livello locale sarà completamente integrato con quello che attiverà la Regione, in relazione alla propria funzione di governo complessivo del sistema integrato di interventi e servizi sociali a livello regionale.

Le fasi dell'intero processo valutativo del Piano sono così identificate:

- a) *valutazione ex ante*; la predisposizione del profilo di comunità (nelle sue varie componenti del contesto, del bisogno e dell'offerta), la misurazione delle specifiche condizioni di partenza (base-line) contenuta negli indicatori di risultato inseriti nelle

schede progettuali, il bilancio consuntivo del 2011 hanno fornito gli elementi valutativi che hanno permesso di effettuare le scelte strategiche e operative del Piano e del primo PAA;

- b) *valutazione in itinere*; si prevede una raccolta continua e sistematica di informazioni, di natura economica e sociale, che troveranno rappresentazione in un report annuale di monitoraggio che sarà presentato e discusso in Assemblea dei sindaci di Ambito distrettuale; compito del report è soprattutto quello di sintetizzare gli output (attività) prodotti a fronte degli input (risorse finanziarie e non finanziarie) impiegati; saranno annualmente aggiornati anche il profilo di comunità e gli stati di avanzamento degli indicatori di risultato delle schede progettuali (si propone l'adozione di un cruscotto direzionale che raccolga i più significativi); inoltre si prevede la discussione di queste informazioni nella cabina di regia di area vasta e nei tavoli tematici attivati; tutte queste componenti valutative infine costituiranno materiali utili alla definizione operativa dei PAA;
- c) *valutazione finale*; a conclusione del triennio (nel corso del 2015) si prevede l'implementazione di azioni valutative ulteriori finalizzate ad analizzare i risultati ottenuti dal Piano in particolare soffermandosi sugli outcome e sugli impatti prodotti (in termini di trasformazione delle condizioni di bisogno, degli assetti strutturali dell'offerta, della governance sociale); a tal fine saranno esplicitate delle domande valutative specifiche e successivamente condotte indagini suppletive volte a sondare a campione anche i beneficiari dei vari interventi sociali e sociosanitari; sarà predisposto un rapporto di valutazione finale del PDZ 2013-2015 in grado di sistematizzare i principali esiti del processo valutativo complessivo e di offrire indicazioni strategiche al nuovo Piano; anche questo rapporto sarà oggetto di presentazione e discussione in Assemblea dei sindaci di ambito distrettuale.

7. IL PROGRAMMA ATTUATIVO ANNUALE

Il Programma Attuativo Annuale, introdotto dalla Regione nelle linee guida per la predisposizione del Piano di Zona, rappresenta un elemento molto innovativo ed estremamente utile ad introdurre i necessari elementi di flessibilità nella programmazione annuale.

In questa sede appare opportuno mettere in evidenza le regole in base alle quali il PAA viene approvato ed eventualmente modificato.

Facendo riferimento a quanto previsto nell'atto di intesa che approva la programmazione sociosanitaria si rileva che "le eventuali modifiche al PDZ e/o al PAA nelle parti relative alla programmazione sociosanitaria che comportino variazioni significative dei risultati attesi, nonché delle macroazioni/azioni programmate per il raggiungimento degli obiettivi regionali e locali, dovranno essere approvate dal Presidente dell'Assemblea dei Sindaci di ambito distrettuale e dal Direttore generale dell'Azienda per i servizi sanitari e inoltrate per il rinnovo del parere preventivo di congruità alla Direzione Centrale salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali.

Le parti del PAA non comprese nella parte di programmazione sociosanitaria – schede obiettivi regionali 1, 2, 3 e 9 – verranno approvate ed eventualmente modificate con decisione dell'Assemblea dei Sindaci di Ambito Distrettuale.