

**Piano distrettuale per la salute e il benessere sociale Distretto
Rubicone
Documento integrativo per il percorso di accreditamento dei
Servizi Socio Sanitari**

**PROGRAMMAZIONE DEL FABBISOGNO DEI SERVIZI
SOCIO SANITARI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA NEL
DISTRETTO DEL RUBICONE**

***(D.G.R. 1638/2024 Approvazione del nuovo sistema di accredi-
tamento sociosanitario e disposizioni transitorie)***

Premessa

In attuazione della normativa regionale vigente (articolo 38 della l.r. 2/2003, Deliberazione della Giunta regionale n. 772/2007, articolo 23 della l.r. 4/2008, Deliberazione dell'Assemblea legislativa 175/2008 recante il nuovo Piano Sociale e Sanitario), la Giunta regionale è tenuta ad adottare i provvedimenti attuativi necessari per definire i criteri, le condizioni e le procedure del sistema di accreditamento dei servizi sociali, socio-assistenziali e socio-sanitari.

Con l'istituto dell'accredimento, in coerenza con il principio fondamentale già espresso dalla legislazione nazionale sullo svolgimento delle attività socio-sanitarie (art. 8-bis del d.lgs. 502/92 e successive modificazioni), si innova il sistema regionale del *welfare* e ci si propone di assicurare una maggiore coerenza con il sistema complessivo di regolamentazione e programmazione del sistema integrato di servizi sociali e sanitari, fatto proprio dalla Legge Regionale n. 2 del 2003.

Da esso, infatti, prende vita un modello di accreditamento che, inserendosi organicamente nel quadro della Legge Regionale n. 2 del 2003, ne costituisce al contempo evoluzione e specificazione, con la finalità di garantire che l'erogazione dei servizi fornisca adeguate risposte, sia dal punto di vista qualitativo che sotto il profilo quantitativo, ai bisogni della popolazione.

In Regione Emilia Romagna l'introduzione del sistema di accreditamento nei servizi socio sanitari si è realizzato in maniera progressiva, e con l'approvazione della DGR 1638/2024 la Regione ha inteso, in costante confronto con gli stakeholder ed in stretta concertazione con le rappresentanze degli enti locali, procedere ad una significativa manutenzione del sistema .

Lo strumento dell'accredimento continua a non essere riconducibile allo schema dell'appalto di servizi e consiste invece in un titolo o, in chiave oggettiva, una modalità di esecuzione del servizio di carattere abilitativo-concessorio, mediante il quale un soggetto privato viene "attratto" entro la sfera organizzativa pubblicistica del servizio pubblico , acquisendo la conseguente legittimazione ad operare "in luogo" dell'Amministrazione, originaria ed istituzionalmente titolare della funzione assistenziale, e riversando i costi del servizio a carico della stessa secondo i criteri ed entro i limiti prefissati a livello contrattuale in coerenza con il sistema di remunerazione fissato dalla Regione , che l'Amministrazione competente adotta al termine di un procedimento selettivo e valutativo , da effettuarsi in coerenza con le decisioni adottate in sede di programmazione e alle logiche ed ai requisiti di qualità dei servizi da erogare.

La definizione dei servizi da accreditare e successivamente da contrattualizzare è in capo al Comitato di Distretto ed avviene nell'ambito del Piano di Zona distrettuale e del relativo Piano attuativo annuale, anche mediante integrazioni ed aggiornamenti.

La programmazione si sostanzia in una valutazione quali-quantitativa, basata su criteri distributivi, localizzativi e organizzativi, con l'obiettivo di rispondere ai bisogni di salute e assistenza della popolazione di riferimento.

Alla programmazione territoriale, ed agli Organismi competenti ad assumerla, spetta inoltre esercitare un ruolo particolarmente forte ed incisivo capace di guidare lo svolgimento e l'applicazione dell'accredimento, con particolare riferimento ai servizi che si intende erogare direttamente, attraverso una forma pubblica di gestione, gli eventuali servizi che si intende erogare all'interno di strutture di proprietà pubblica, affidandone la gestione ad un soggetto privato indicando il fabbisogno di servizi, in questo ultimo caso la decisione del Comitato di Distretto deve essere recepita dall'ente pubblico proprietario delle strutture, con proprio atto, nel quale viene dato mandato al soggetto istituzionale competente (SIC) di prevedere una procedura unica per la selezione di soggetti privati per l'accredimento e la gestione di servizi all'interno di strutture di proprietà pubblica.

Pertanto la programmazione territoriale, quale funzione istituzionale di pianificazione strategica, regolatrice della rete integrata di interventi e servizi sociali e socio-sanitari, è il presupposto dell'accredimento e ne condiziona le procedure di rilascio e lo svolgimento delle attività conseguenti.

La programmazione del fabbisogno distrettuale tende ad assicurare nell'ambito della riorganizzazione dei servizi, accessibilità, tenuto conto dell'ubicazione relativamente a sub-ambiti territoriali, adeguata valutazione della rete dell'offerta, ampio ed adeguato utilizzo delle opportunità offerte dagli operatori del settore.

Per le sue stesse caratteristiche che ne consentono il rilascio, l'accredimento costituisce un percorso a carattere dinamico e temporalmente delimitato, che deve prevedere valutazioni periodiche sia in ordine alla qualità degli interventi erogati, sia relativamente alla loro effettiva necessità in relazione al mutare dei fabbisogni e della domanda degli interventi socio-sanitari.

La permanenza in essere dell'accredimento è legata pertanto alle esigenze individuate dalla programmazione ed alla verifica sul mantenimento dei requisiti e delle condizioni individuate nel medesimo provvedimento di accreditamento e dal contratto di servizio.

L'accredimento dei vari servizi, intesi come modelli organizzativi, consente l'incardinamento di ciascuno nei servizi pubblici di erogazione delle prestazioni socio-sanitarie ed, in continuità normativa previgente, si applica ai servizi individuati nei provvedimenti regionali di attuazione dell'art. 38 della l.r. 2/2003 e dell'art. 23 della l.r. 4/2008, che vengono adottati nel rispetto dei parametri individuati nella medesima legislazione regionale.

Pertanto, le procedure ed i requisiti dell'accredimento si rivolgono unicamente a quella gamma di servizi socio-sanitari caratterizzati, ai sensi dell'articolo 38 della l.r. 2/2003, da un finanziamento pubblico prevalente, da scopi solidaristici, da bisogni di cura, e da adeguatezza, flessibilità e personalizzazione degli interventi la cui regolamentazione è rimessa, per i profili organizzativi e gestionali, alla competenza normativa regionale. (di cui alla DGR 1638/2024).

<i>AREE ASSISTENZIALI</i>	<i>TIPOLOGIE DI SERVIZIO DA ACCREDITARE</i> In grassetto le tipologie di servizi oggetto di accreditamento
ANZIANI	• CASA RESIDENZA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI • CENTRO DIURNO ASSISTENZIALE PER ANZIANI • SERVIZI A SOSTEGNO DELLE DOMICILIARITA' PER BISOGNI ASSISTENZIALI E PER BISOGNI PROMOZIONALI-EDUCATIVI DI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI
DISABILITA' ADULTA	• CENTRO SOCIO RIABILITATIVO RESIDENZIALE PER DISABILI • CENTRO SOCIO RIABILITATIVO SEMIRESIDENZIALE PER DISABILI

- **SERVIZI A SOSTEGNO DELLE DOMICILIARITA' PER BISOGNI ASSISTENZIALI E PER BISOGNI PROMOZIONALI-EDUCATIVI DI DISABILI**

Attualmente:

Distretto RUBICONE			
Tipologia servizi	n. servizi	posti autorizzati	posti/ servizi accreditati
CRA	7	354	292
centri diurni anziani	3	62	52
CSRR disabili	1	18	18
CSRD disabili	3	48	48
assistenza domiciliare	2	0	2
tot distr	16	482	412

Quadro conoscitivo: la popolazione del distretto Rubicone

L'Unione Rubicone e Mare è l'ente istituzionale di cui fanno parte nove Comuni romagnoli della Provincia di Forlì-Cesena: Borghi, Cesenatico, Gambettola, Gatteo, Longiano, Roncofreddo, San Mauro Pascoli, Savignano sul Rubicone e Sogliano al Rubicone.

L'Unione nasce il 19 marzo 2005 su iniziativa dei Comuni di Gatteo, San Mauro Pascoli e Savignano sul Rubicone, per poi ampliarsi dall'1 aprile 2014, con la sottoscrizione di un nuovo atto costitutivo, includendo anche i comuni di Borghi, Cesenatico, Gambettola, Longiano, Roncofreddo e Sogliano al Rubicone. Il suo scopo primario è l'integrazione dell'azione amministrativa fra gli enti che la compongono attraverso la progressiva unificazione delle funzioni e dei servizi comunali, nonché l'armonizzazione degli atti normativi e generali.

La popolazione del Distretto Rubicone ha visto negli anni un costante aumento passando da 80.490 persone residenti nel 2004 a 93.352 residenti al 31.05.2024 con un aumento percentuale pari al 16% circa.

La pandemia ha indotto un rallentamento della crescita della popolazione che si è stabilizzata allo 0,7% tra il 2020 e il 2024 in media nel distretto.

Negli ultimi 5 anni nel Distretto Rubicone, risiedevano complessivamente 92.745 persone nel 2020, ed oggi risiedono 93.352 persone (vedi tabella sottostante).

Il Distretto riscontra significative differenze di distribuzione territoriale: differenze che si possono trovare passando dal comune di Borghi, che nel 2020 contava 2.926 residenti, mentre oggi ne conta 2.894, al comune di Cesenatico, che vanta il maggior numero di residenti, nel 2020 contava 26.012 abitanti, mentre oggi ne conta 25.989. L'incremento della popolazione residente si è concentrato nei Comuni della zona di pianura/costieri, con particolare riferimento ai Comuni di Gatteo, Gambettola, San Mauro Pascoli, ma anche nel Comune di Roncofreddo, situato in area collinare. La popolazione residente nel Distretto, in 5 anni, è complessivamente cresciuta di 598 unità corrispondente ad un aumento percentuale pari a 0,7%.

Totale popolazione residente per Comune di appartenenza

Fonte: regione Emilia-Romagna

Popolazione distrettuale per classi di età evoluzione storica 2020-2024

classi età	2020	2021	2022	2023	2024
0-18	17.430	17.171	16.933	16.795	16.690
19-34	14.180	14.112	14.189	14.259	14.433
35-44	12.979	12.553	12.123	11.777	11.446
45-54	15.806	15.865	15.811	15.760	15.630
55-64	12.637	13.100	13.439	13.786	14.250
65-74	9.752	9.990	9.998	10.084	10.199
Oltre 75	9.961	10.062	10.314	10.474	10.704
totale	92.745	92.853	92.807	92.935	93.352

Fonte: regione Emilia-Romagna

1. Le caratteristiche della popolazione Anziana

Il Distretto Rubicone è il Distretto più giovane dell'intera Provincia di Forlì-Cesena. Nonostante questo suo primato possiamo notare come negli anni la popolazione anziana sia aumentata in modo significativo. L'aumento di popolazione anziana è in particolar modo evidente, a livello distrettuale, nella fascia d'età superiore ai 75 anni.

L'indice di vecchiaia (calcolato come rapporto fra la popolazione over 75 anni e la componente under 14) è pari a **173,6** e risulta inferiore alla media regionale (205,00), a quella provinciale (209,7) e a quella dei Comuni di Cesena (229,7) e Rimini (210,5).

Tra i Comuni del distretto l'indice più basso è nei Comuni di Gatteo (140,2), San Mauro Pascoli (150,6) e Longiano (153,3). Per contro l'indice più alto nel distretto è nel Comune di Cesenatico (219,2) superiore sia alla media regionale che a quella provinciale.

Il Distretto al 1° Gennaio 2020 contava 19.713 anziani (≥ 65 anni) mentre al 1° Gennaio 2024 ne conta 20.903 con un aumento di 1.190 unità.

Dal 2020 al 2024 la percentuale di popolazione anziana del Distretto Rubicone ha subito un aumento percentuale pari allo 1,14% rispetto alla popolazione residente, aumento che si traduce in valori assoluti con 1.190 anziani in più.

Popolazione residente superiore ai 65 anni per Comune di appartenenza 2020-2024

Comuni di residenza	2020	2021	2022	2023	2024	Aumento 2020-2024
Borghi	523	529	544	560	573	50
Cesenatico	6155	6277	6.341	6376	6439	284
Gambettola	2321	2363	2.408	2435	2468	147
Gatteo	1708	1780	1.830	1859	1904	196
Longiano	1478	1479	1.494	1515	1538	60
Roncofreddo	680	694	703	722	761	81
San Mauro Pascoli	2376	2429	2.453	2490	2532	156
Savignano sul Rubicone	3695	3735	3.766	3819	3894	199
Sogliano al Rubicone	777	766	733	782	794	17
TOTALE Distretto Rubicone	19.713	20.052	20.272	20.558	20.903	1.190
TOTALE Distretto Cesena VS	29491	29.630	29.870	30.178	30.538	1.047
TOTALE Comprensorio Cesenate	49.204	49.682	50.142	50.736	51.441	2.237

Fonte: regione Emilia-Romagna

Distretto sanitario del Rubicone

**Distretti sanitari
Ausl Romagna**

- Lugo
- Faenza
- Ravenna
- Forlì
- Cesena-Valle Savio
- Rubicone
- Rimini
- Riccione

Premessa

Questo profilo nasce come strumento a supporto di progettualità che hanno il fine ultimo di migliorare la salute di cittadini che abitano in una determinata area geografica e di supportare il passaggio da "Casa della Salute" a "Casa della Comunità", nell'assunto che, sia per produrre salute e benessere che per guidare questo cambio di prospettiva, sia necessario il coinvolgimento di tutti gli attori, non solo quelli sanitari, nella definizione condivisa dei principali bisogni di salute e nella successiva co-progettazione di interventi di promozione, prevenzione e presa in carico integrata.

Il dato epidemiologico, ove disponibile, insieme alle sorveglianze di popolazione qui presentate, diventano strumenti a supporto e vengono forniti a tutti gli attori coinvolti come base di partenza per la profilazione delle comunità e per la definizione dei bisogni di salute. Da qui, con una dovuta integrazione con fonti informative maggiormente qualitative, sarà possibile costruire progettualità e risposte per migliorare il benessere della popolazione e definire i target che necessitano maggiormente di essere oggetto di questi interventi.

A cura di:

Valeria Frassinetti, Ardian Cania, Marco Fabbri e Giulia Silvestrini

Dipartimento di Sanità Pubblica AUSL Romagna

Distretto sanitario del Rubicone

1.1 Territorio e popolazione

	La provincia di Forlì-Cesena è divisa in tre distretti sanitari: Cesena-Valle del Savio, Rubicone e Forlì, raggruppati in due ambiti territoriali: Cesena e Forlì. Il distretto del Rubicone occupa circa il 27% del territorio dell'ambito cesenate e vi risiede il 45% degli abitanti dell'ambito di Cesena; è costituito da 9 comuni, che prevalentemente hanno un'altitudine inferiore ai 100 metri sul livello del mare (Longiano si trova a 179 m s.l.m., Borghi a 264 m s.l.m. e Roncofreddo e Sogliano a oltre 300 m s.l.m.). Cesenatico è il comune più popoloso, seguito da Gambettola, che registra la densità abitativa più elevata: 1356 abitanti per km². Complessivamente la densità di popolazione è pari a 304 abitanti per km² con una grande variabilità: inferiore a 70 nei comuni con maggiore altitudine e oltre 500 nei comuni pianeggianti.	
	Coordinate	Corso Cavour, 180 Cesena
	Altitudine media	138 m s.l.m.
	Superficie	306,2 km ²
	Abitanti	93.352 (al 01/01/2024)
	Densità	304 ab/Km ²
	Comuni	Borghi, Cesenatico, Gambettola, Gatteo, Longiano, Roncofreddo, San Mauro Pascoli, Savignano sul Rubicone, Sogliano al Rubicone.
	Comuni confinanti	Cervia (RA), Cesena (FC), Mercato Saraceno (FC), Sarsina (FC), Sant'Agata Feltria (RN), Novafeltria (RN), Talamello (RN), Maiolo (RN), Poggio Torriana (RN), Sant'Arcangelo di Romagna (RN), Rimini (RN)

Figura 1: Scheda del distretto del Rubicone¹

¹ <https://www.istat.it/it/archivio/156224>

1.1.1 Popolazione residente: serie storica e previsione

Il distretto sanitario del Rubicone conta circa **93.352 residenti** al **1° gennaio 2024**.

La popolazione complessiva² che all'inizio degli anni Novanta ammontava a circa 67mila residenti, ha registrato un trend in costante aumento, raggiungendo quasi 92mila unità nella prima decade degli anni duemila. Negli ultimi dieci anni si registra un ulteriore leggero incremento, arrivando a superare i 93000 residenti nel 2024.

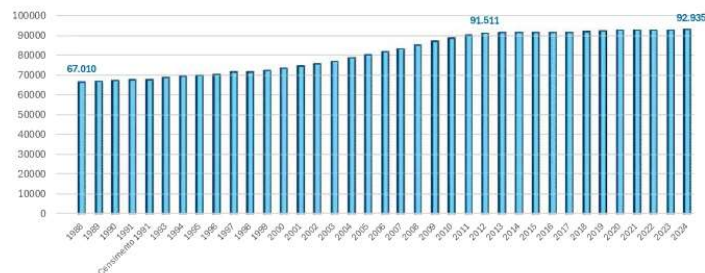


Figura 2: Popolazione residente nel distretto - Serie storica dal 1988 al 2024

All'interno dell'Ausl Romagna, il distretto del Rubicone risulta tra i meno numerosi, con un andamento della popolazione analogo a quello di Faenza, in particolare dal 2005 in poi.

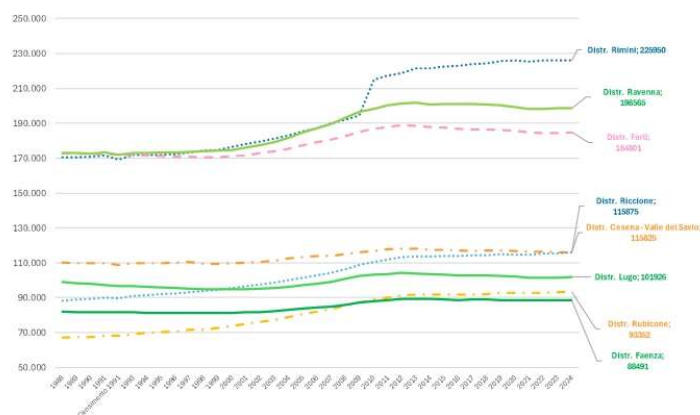


Figura 3: Popolazione residente nei distretti sanitari dell'Ausl Romagna - Serie storica dal 1-1-1988 al 1-1-2024

La popolazione residente nel distretto del Rubicone, al 1° gennaio 2024, riguarda circa l'8% della popolazione complessiva dell'Ausl Romagna, come per il distretto di Faenza; seguono a salire, il distretto di Lugo, di Riccione, di Cesena-Valle del Savio (circa 10% in ognuno); i distretti di Ravenna e di Forlì (circa 17% in ognuno) ed infine il distretto di Rimini con il 20% della popolazione complessiva dell'Ausl Romagna.

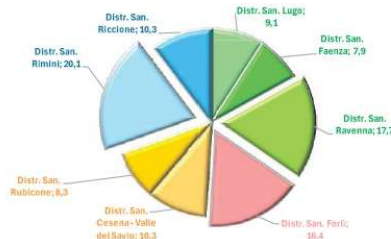


Figura 4: Popolazione residente nei distretti sanitari dell'Ausl Romagna al 1° gennaio 2024

² https://statistica.regione.emilia-romagna.it/servizi-online/statistica-self-service/popolazione/popolazione-per-eta-e-sesso/pop_eta_ammontare

La previsione³ Istat è di ulteriore aumento nei prossimi decenni. Nella provincia di Forlì-Cesena la sostanziale stabilità di popolazione da qui al 2042 sarebbe la risultante di una leggera flessione nei distretti di Forlì (-0,3%) e Cesena – Valle Savio (-0,4%), compensata dalla crescita del distretto Rubicone (+3,5%).

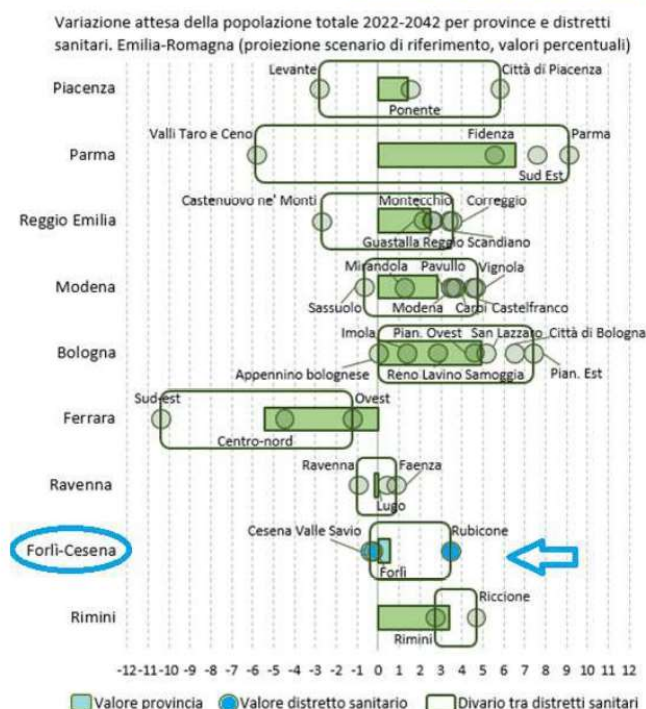


Figura 5: Variazione attesa della popolazione totale 2022-2042 per province e distretti sanitari della regione Emilia-Romagna (proiezione scenario di riferimento, valori percentuali)

I territori attualmente più giovani andranno a sperimentare un aumento del livello di invecchiamento superiore rispetto a quelli che oggi vedono una presenza maggiore di anziani e, soprattutto, di grandi anziani. Tale fenomeno è ben visibile nel distretto del Rubicone (e in Ausl Romagna anche nei distretti della provincia di Rimini), che, partendo da una situazione relativa di minor presenza di popolazione anziana, andrebbero a sperimentare nell'arco dei prossimi 20 anni un consistente aumento delle persone di 65 anni e oltre.

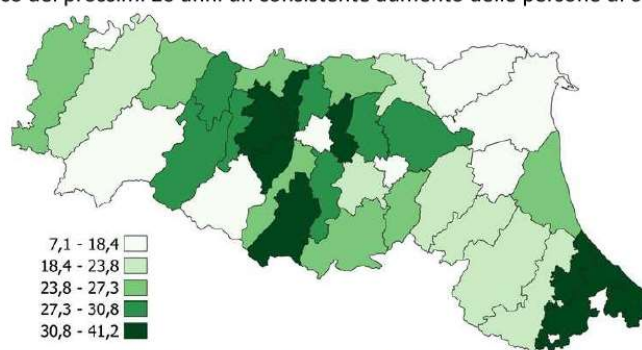


Figura 6: Variazione attesa della popolazione 65 e più anni tra il 2022 e il 2042 nei distretti sanitari della regione Emilia-Romagna (variazioni percentuali)

³ [Le proiezioni demografiche al 2042 per l'Emilia-Romagna - La popolazione sul territorio — Statistica \(regione.emilia-romagna.it\)](#) Fonte: elaborazioni Regione Emilia-Romagna su dati Istat e Regione Emilia-Romagna

Il distretto del Rubicone è uno dei territori in cui la variazione attesa della popolazione 15-64 è una variazione negativa e superiore al 5% in meno.

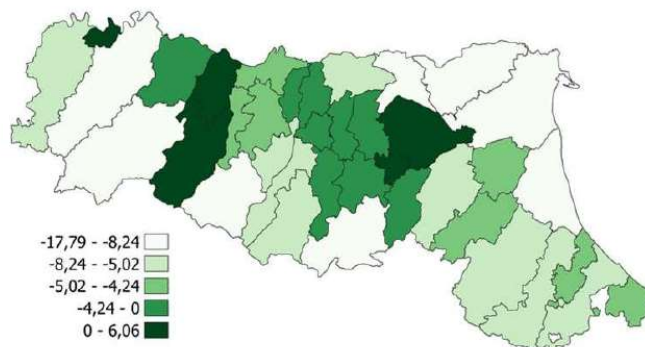


Figura 7: Variazione attesa della popolazione 15-64 anni tra il 2022 e il 2042 nei distretti sanitari della regione Emilia-Romagna (variazioni percentuali)

1.1.2 Popolazione residente: piramide età

La piramide⁴ dell'età del distretto sanitario del Rubicone al 1° gennaio 2024 riflette la distribuzione della popolazione per classi quinquennali di età, suddivisa tra maschi e femmine. Le barre verdi rappresentano la popolazione maschile e quelle arancioni la popolazione femminile.

Confrontando questa piramide con quella italiana complessiva, emergono somiglianze e differenze. Come accade a livello nazionale, la popolazione femminile tende a superare quella maschile nelle fasce di età avanzata, un fenomeno comune in molte regioni d'Italia. Tuttavia, la piramide italiana mostra una base leggermente più stretta nelle fasce giovanili a causa del calo delle nascite, un trend che si riflette anche nel distretto del Rubicone ma con alcune variazioni locali.

In entrambe le piramidi, la popolazione anziana è in aumento, evidenziando l'invecchiamento della popolazione e la necessità di politiche sanitarie mirate per supportare una popolazione sempre più anziana.

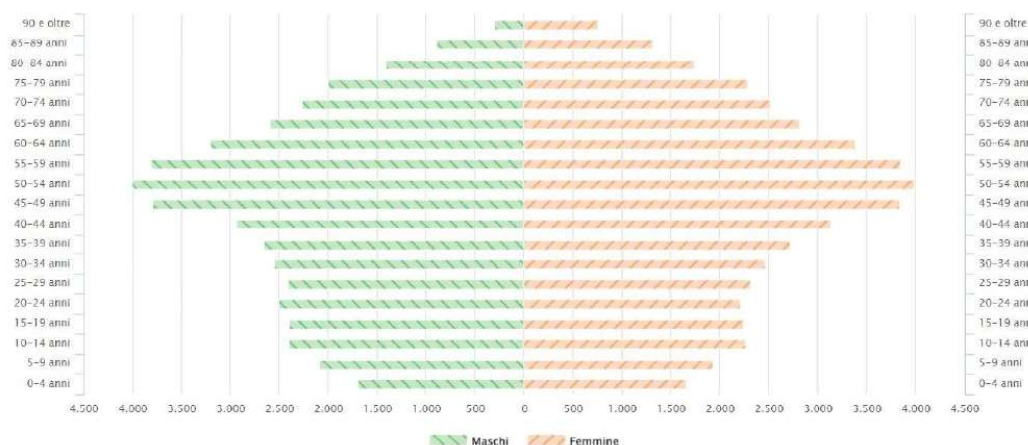


Figura 8: Piramide età: numero di maschi e femmine per classi quinquennali di età

⁴ [Popolazione per sesso ed età. Ammontare — Statistica \(regione.emilia-romagna.it\)](https://www.regione.emilia-romagna.it/statistica)

1.1.3 Popolazione residente: alcuni indicatori demografici

Grazie ai dati messi a disposizione dalla Regione Emilia-Romagna su fonte Istat, possiamo calcolare alcuni indicatori demografici⁵, in grado di descrivere la composizione della popolazione residente e la sua evoluzione temporale.

Indicatore 2024	Rapporto di mascolinità	% Popolazione giovanile (0-14)	% Popolazione in età lavorativa (15-64)	% Popolazione Anziana (65+)	% Popolazione di grandi anziani (85+)
Distretto	96,8	12,9	64,7	22,4	11,5
Ausl Romagna	95,2	11,8	62,9	25,3	13,5
Regione E-R	95,8	12,0	63,3	24,7	13,2

Il distretto del Rubicone si distingue per una complessiva popolazione più giovane rispetto all'intera Ausl Romagna e alla Regione.

I grafici sotto illustrano le serie storiche degli indicatori, confrontando il distretto con l'Ausl Romagna e la Regione Emilia-Romagna.

Il rapporto di mascolinità ha oscillato negli anni tra 96 e 98, rimanendo sempre più elevato del dato di Ausl e Regione, e comunque sempre inferiore a 100, a indicare la prevalenza di popolazione femminile, dovuta alla maggiore longevità delle donne.

La percentuale di popolazione giovanile, dopo aver subito una decisa diminuzione fino alla fine degli anni 90, è leggermente aumentata, per tornare a decrescere negli ultimi dieci anni, convergendo verso i valori di Ausl e di Regione, risultando di un punto percentuale superiore, pari al **13%**.

La popolazione in età lavorativa è stata in costante diminuzione a partire dalla fine degli anni Novanta, scendendo sotto al 70% fino al 2014, stabilizzandosi poi al valore attuale del **65%**, sempre superiore al dato di Ausl e Regione.

Al contrario, la percentuale di popolazione anziana è aumentata, storicamente comunque sempre inferiore rispetto a quella della Romagna e della Regione; si mantiene tale con circa il **22%** per gli over65 ed è passata dal 5% al **12%** per gli over75, dalla fine degli anni 80 ad oggi.

Questi dati indicano una crescente necessità di servizi sanitari e assistenziali per la popolazione anziana quindi la necessità di politiche mirate a sostenere una popolazione in invecchiamento.

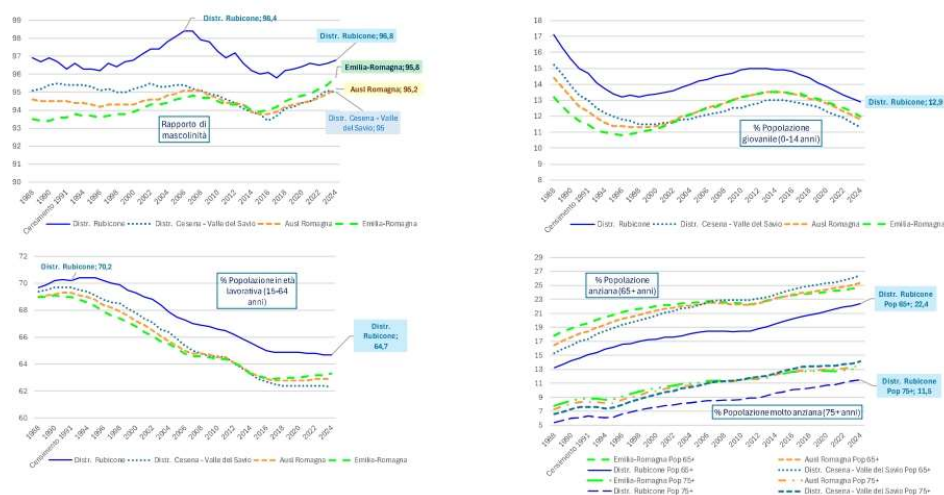


Figura 9: Alcuni indicatori demografici (serie storica dal 1988)

⁵ Popolazione per sesso ed età. Indici di stato — Statistica (regione.emilia-romagna.it)

La mappa a destra mostra la percentuale di **popolazione anziana** (65+) al 1° gennaio 2024 per i comuni del distretto sanitario del Rubicone.

I dati mostrano una contenuta variabilità tra i comuni.

A Cesenatico e a Sogliano al Rubicone, un quarto della popolazione ha più 65 anni; negli altri comuni la percentuale è inferiore e varia dal 20 al 23%.

Questi dati evidenziano una distribuzione non molto eterogenea della popolazione anziana nel distretto, che al più raggiunge il 25% della popolazione complessiva.

I territori con la maggiore concentrazione di anziani sono un comune all'interno, Sogliano al Rubicone, verso la zona del distretto con altitudine più elevata e Cesenatico, nota stazione balneare.

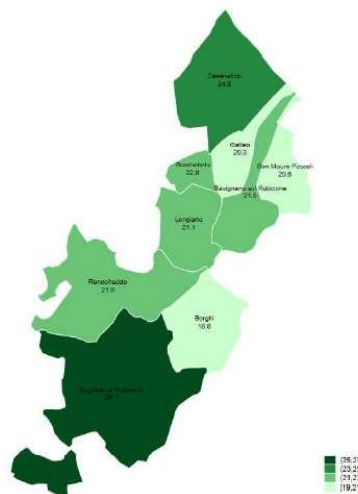


Figura 10: Mappa della percentuale di popolazione anziana nei comuni del distretto

La mappa a destra, relativa alla percentuale di **grandi anziani** (75+) al 1° gennaio 2024 per i comuni del distretto sanitario del Rubicone, conferma sostanzialmente quanto visto per gli over65.

Cesenatico e Sogliano al Rubicone registrano le proporzioni maggiori con circa il 12-13% di grandi anziani.

I comuni con le percentuali più basse rimangono Borghi e Gatteo, con al più il 10% di grandi anziani.

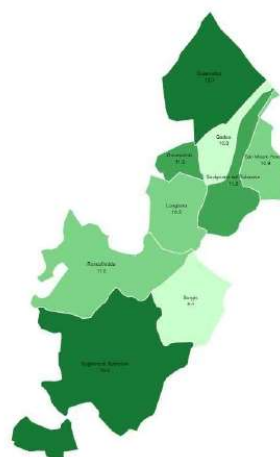


Figura 11: Mappa della percentuale dei grandi anziani nei comuni del distretto

1.1.3.1 Popolazione residente: indice di vecchiaia

L'indice di vecchiaia, che rappresenta il rapporto tra la popolazione anziana (65+) e la popolazione giovane (0-14), negli anni, ha avuto un andamento simile nei distretti, ma con valori talvolta molto diversi, e comunque tendenza alla convergenza.

Si distingue il distretto del Rubicone, che mantiene sempre i valori più bassi dell'indicatore: l'unico ancora **inferiore a 200**.

Tutte le aree mostrano un trend crescente dell'indice di vecchiaia, indicando un crescente invecchiamento della popolazione.



Figura 12: Indice di vecchiaia – Distretti Sanitari, Asl Romagna e Regione ER (serie storica dal 1988)

A destra la mappa dell'indice di vecchiaia al 1° gennaio 2024 per i comuni del distretto sanitario del Rubicone.

Prevalentemente l'indice rimane sempre inferiore a 200. Solo il comune di Cesenatico raggiunge quota 219, seguito da Sogliano, che supera i 181 residenti di età superiore a 65 anni ogni 100 residenti con meno di 15 anni.

Gatteo presenta un indice di vecchiaia decisamente più basso, pari a 141 anziani ogni 100 giovani.

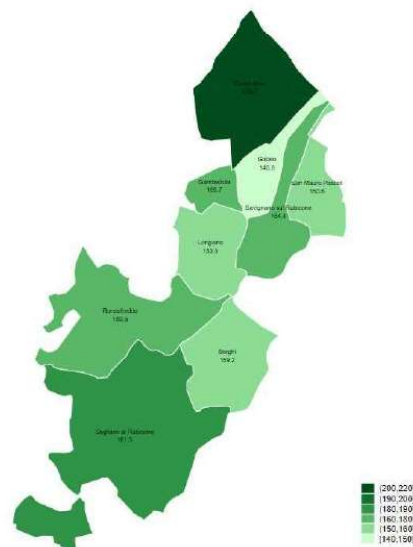


Figura 13: Indice di vecchiaia nei comuni del distretto

1.1.3.2 Popolazione residente: tassi di natalità e mortalità⁶

Il tasso di natalità (rapporto tra il numero dei nati vivi dell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente nel distretto, moltiplicato per 1.000) dopo un repentino calo da circa 16 nati ogni 1000 abitanti all'inizio degli anni Settanta, a circa 9, a metà degli anni Ottanta, ha oscillato tra i valori 8 e 10 fino all'inizio degli anni Duemila, è rimasto superiore a 10 fino al 2012, quando ha ripreso a diminuire, attestandosi a circa **7 nati ogni 1000 abitanti nel 2022**.

Relativamente ai decessi, il tasso di mortalità (rapporto tra il numero dei decessi nell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente, nel comune, moltiplicato per 1.000) è rimasto sostanzialmente costante tra 8 e 9 decessi ogni 1000 abitanti fino al 2018, a cui è seguito un incremento, dovuto anche alla pandemia Covid, raggiungendo quota **11 decessi ogni 1000 abitanti nel 2022**.

L'andamento osservato evidenzia un invecchiamento della popolazione e una diminuzione delle nascite.



Figura 14: Tassi di natalità e mortalità - serie storica dal 1973

I grafici sotto confrontano le serie storiche dei tassi grezzi di natalità e di mortalità nel distretto sanitario del Rubicone, nelle province dell'Ausl e della regione Emilia-Romagna, a partire dal 1973.

L'andamento è analogo, con valori diversi fino all'inizio del Duemila, poi si osserva la convergenza verso gli stessi valori, con un declino generale del tasso di natalità in tutte le aree analizzate, dovuto al fenomeno comune di calo delle nascite sia a livello regionale che provinciale. Il distretto del Rubicone ha comunque sempre avuto valori superiori rispetto a tutti gli altri territori e dopo la convergenza nel 2019, la forbice appare riallargarsi.

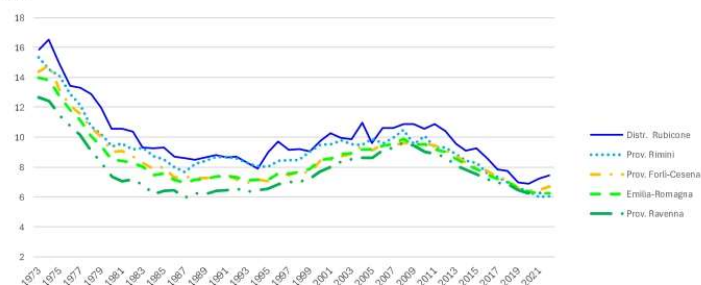


Figura 15: Tasso di natalità - confronto tra distretto, province e Regione ER (serie storica dal 1973)

Per i tassi di mortalità, si osserva un andamento generalmente stabile fino agli anni 2000, seguito da un graduale aumento. Dal 2020, si nota un picco significativo, attribuibile alla pandemia di COVID-19. Il distretto del Rubicone ha sempre mantenuto valori inferiori rispetto a tutti gli altri territori, più simili a quelli della provincia di Rimini.

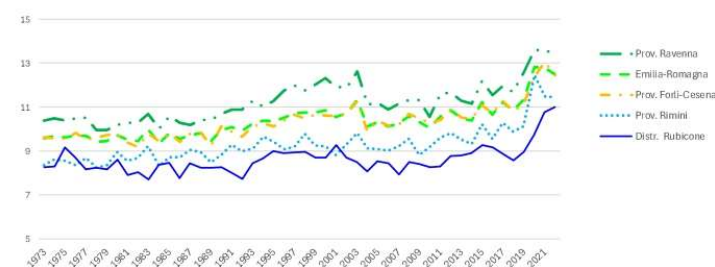
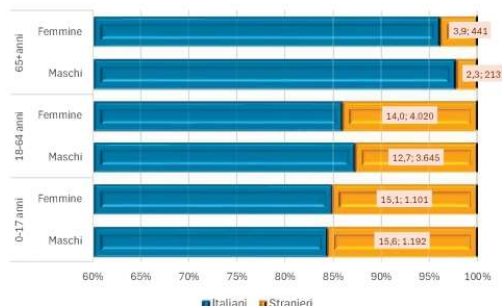


Figura 16: Tasso di mortalità - confronto tra distretto, province e Regione ER (serie storica dal 1973)

⁶ Tassi — Statistica (regione.emilia-romagna.it)

1.1.4 Popolazione residente: composizione per età e cittadinanza

Analizzando la **distribuzione della popolazione** per età e cittadinanza del distretto sanitario del Rubicone, dai dati statistici ufficiali al 1° gennaio 2023, resi disponibili nel sito della Regione Emilia-Romagna⁷, la percentuale di stranieri complessiva risulta attorno all'11%, sovrapponibile al dato di ambito.



La percentuale di stranieri varia per fascia di età:

- più elevata tra gli adulti di età inferiore a 65 anni, circa 13-15% sia per i maschi che per le femmine;
- scende al 4% tra le donne con più di 65 anni
- scende al 2% negli ultra 65enni maschi

Figura 17: composizione della popolazione per genere, fascia di età e cittadinanza

1.1.4.1 Popolazione residente: composizione famiglie

Nel distretto sanitario del Rubicone sono stati censiti circa 39mila nuclei famigliari. Il dato distrettuale si distingue da quello degli altri territori dell'Ausl Romagna, per la percentuale più bassa di nuclei unipersonali e maggiore proporzione di famiglie con almeno tre componenti. Situazione dovuta certamente alla generale popolazione più giovane di questo territorio.

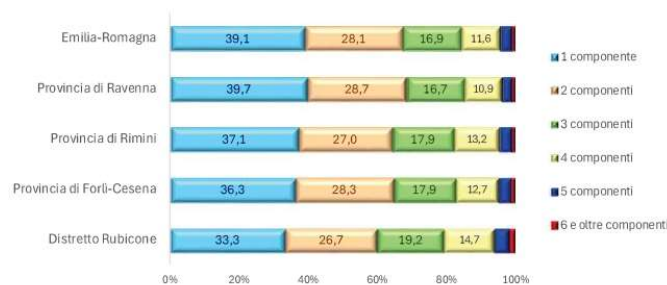


Figura 18: Composizione delle famiglie

Circa il **33%** delle famiglie è composto da **un solo componente**; un ulteriore 27% è composto da due componenti; oltre il 19% delle famiglie è composta da tre componenti e il restante **21%** delle famiglie conta **quattro o più componenti**.

Le **famiglie unipersonali** del distretto⁸ sono composte, nel 39% dei casi, da cittadini con oltre 65 anni: quasi un quarto (**23%**) delle famiglie unipersonali è composta da cittadini di **75 anni e oltre**.



Figura 19: Distribuzione del numero di famiglie unipersonali per fascia di età

⁷ Popolazione per sesso ed età. Ammontare — Statistica (regione.emilia-romagna.it)

https://esploradati.censimentopopolazione.istat.it/databrowser/#/it/censtest/categories/ITD5/ITD5_FAM/IT1,DF_DC_SS_FAMIGLIE_REG_9_ITD5,1.0

⁸ <https://sasweb.regione.emilia-romagna.it/statistica/Tabella.do>

1.1.5 Popolazione residente: cittadinanza e condizione professionale

Complessivamente nel distretto del Rubicone il **3,4%** dei residenti con più di 15 anni risulta **in cerca di occupazione**, e il **51%** risulta **occupato**.

Analizzando la **condizione professionale**⁹ per cittadinanza, emerge una proporzione di occupati italiani inferiore a quella degli stranieri, rispettivamente 51% e 55%; mentre varia la quota di persone in cerca di lavoro: 3% di italiani contro il 7% di stranieri e di quelle non in forza: 46% di italiani e 38% di stranieri.



Figura 20: Distribuzione della popolazione (15+ anni) di cittadinanza italiana per condizione professionale

Tra le **NON Forze di lavoro**, ovvero la popolazione così definita dall'Istat di coloro che non risultano occupati, né in cerca di occupazione, risulta che tra gli **italiani** prevalgono i cittadini percettori di **pensioni da lavoro** (54% delle "non forze di lavoro" e 25% del totale dei residenti con più di 15 anni), mentre tra gli **stranieri** prevalgono i soggetti **casalinghi**, cioè non in cerca di un'occupazione lavorativa fuori casa: 44% delle "non forze di lavoro" e 17% del totale dei residenti con più di 15 anni. Le quote di studenti è sovrapponibile tra italiani e stranieri, rispettivamente 7% e 6% rispetto al totale dei cittadini con più di 15 anni.

La diversa distribuzione per cittadinanza dei cittadini non occupati, né in cerca, è certamente condizionata dall'età e dal genere: gli italiani, più anziani, prevalentemente sono percettori di una pensione; gli stranieri, più giovani e con prevalenza femminile, prevalentemente risultano casalinghi.

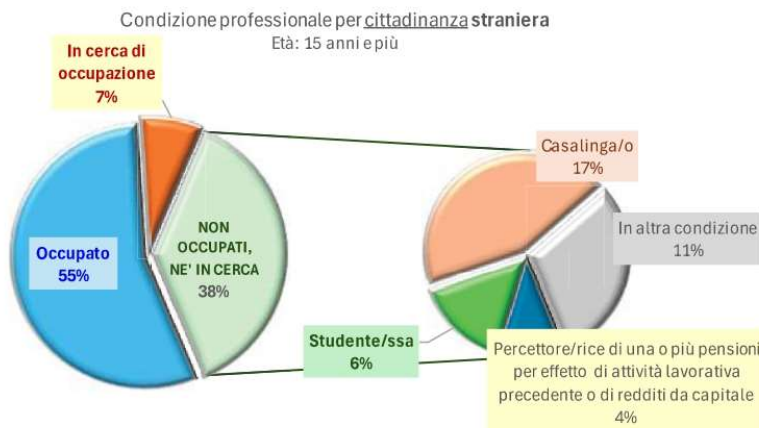


Figura 21: Distribuzione della popolazione (15+ anni) di cittadinanza straniera per condizione professionale

⁹ [Dashboard Censimento permanente della popolazione e delle abitazioni \(istat.it\)](https://www.istat.it/it/dashboards/censimento-permanente-della-popolazione-e-delle-abitazioni)

1.1.6 Popolazione residente: livello di istruzione

Dal punto di vista del **livello di istruzione**¹⁰, il 2,6% degli adulti con più di 25 anni, risulta privo di un titolo di studio e oltre il 14% ha solo una licenza elementare.

Analizzando il dato per fasce di età, si evidenzia come la maggior parte dei residenti con nessun titolo o sola licenza elementare abbia un'età maggiore di 65 anni.

Nella fascia di età 25-49, invece, quasi il 72% dei residenti risulta in possesso di un diploma o di un titolo di laurea

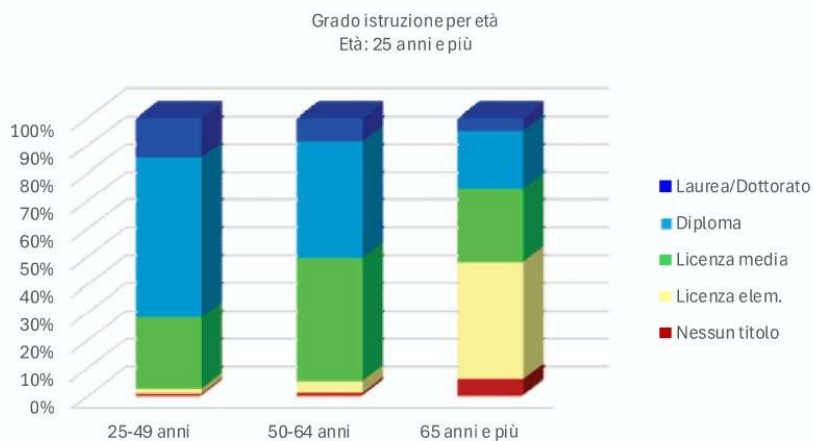


Figura 22: Distribuzione della popolazione (25+ anni) per grado di istruzione

¹⁰[Dashboard Censimento permanente della popolazione e delle abitazioni \(istat.it\)](https://www.istat.it/it/dati/banchedati/censimento-permanente-della-popolazione-e-delle-abitazioni)

1.2. Caratteristiche epidemiologiche della popolazione adulta

Al fine di poter identificare i bisogni di salute di una popolazione e prevedere interventi adeguati per rispondere a tali bisogni, è fondamentale partire da un'analisi dei dati a disposizione.

1.2.1. Comportamenti individuali e stili di vita

Fumo, sovrappeso e obesità e sedentarietà sono fattori di rischio riconosciuti come responsabili della maggior parte delle malattie croniche e dei tumori.

I sistemi di sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento sono i principali strumenti in nostro possesso per conoscere e studiare le abitudini della popolazione italiana.

La sorveglianza PASSI si caratterizza come una sorveglianza in sanità pubblica che raccoglie, in continuo e attraverso indagini campionarie (tramite interviste telefoniche), informazioni dalla popolazione italiana adulta, 18-69 anni, sugli stili di vita e fattori di rischio comportamentali connessi all'insorgenza delle malattie croniche non trasmissibili e sul grado di conoscenza e adesione ai programmi di intervento che il Paese sta realizzando per la loro prevenzione.

Il sistema di **sorveglianza PASSI** misura, tra le altre dimensioni, la **frequenza di comportamenti** che risultano associati alla salute, o perché aumentano il rischio di incorrere in malattie o incidenti (come il fumo, la sedentarietà e l'alcol), o perché sono fattori protettivi che riducono il rischio di incorrere in specifici problemi di salute (consumo di frutta e verdura, ridotto apporto di sale nella dieta, attività fisica quotidiana). Oltre ad indagare i comportamenti dei cittadini, il sistema di sorveglianza PASSI pone enfasi anche sullo stato di salute percepito dai soggetti intervistati.

I dati della sorveglianza PASSI consentono di dare una descrizione delle caratteristiche della popolazione adulta tra i 18 e i 69 anni, permettendoci di **stimare la prevalenza** di adulti con abitudini e stili di vita più a rischio di problematiche di salute.

Si presentano di seguito i dati relativi alla popolazione residente nell'ambito territoriale di Cesena, con una stima del potenziale impatto sulla popolazione residente nel distretto, oggetto di questo profilo.

1.2.1.1 Stato di salute

Circa il **77%** degli adulti (18-69 anni) intervistati nell'ambito della sorveglianza PASSI, residenti nell'ambito territoriale di Cesena, ha riportato una **percezione positiva del proprio stato di salute**, con in generale, una percezione di salute migliore tra gli uomini (82,5%) rispetto alle donne (71,6%).

Le differenze di genere più nette le si notano negli ultra 50enni, laddove poco più della metà delle donne riporta una percezione positiva contro il 76% degli uomini.

A conferma del minor stato di benessere delle donne, è la risposta relativa ai sintomi depressivi: infatti complessivamente il **5%** degli adulti segnala **sintomi depressivi**, con marcate differenze di genere (9% delle donne vs il 2% degli uomini), in particolare per gli adulti a partire dai 25 anni di età.



Figura 23: Sorveglianza PASSI 2021-22 (Ambito di Cesena) – Sintomi depressivi

Volendo stimare l'impatto dei sintomi depressivi nella popolazione residente nel distretto, si tratterebbe di circa **3200 adulti tra i 18-69 anni**, prevalentemente di età superiore a 35 anni.

1.2.1.2 Abitudine al fumo

Secondo i dati dell'OMS, il fumo di tabacco è la più grande minaccia per la salute e il primo fattore di rischio per l'insorgenza di malattie croniche non trasmissibili a livello mondiale.

I dati di sorveglianza PASSI mostrano come l'**abitudine al fumo** interessi circa il **23%** degli adulti 18-69 residenti nel territorio cesenate, variando con l'età e il genere.

I fumatori sono principalmente uomini, persone con bassa scolarità e che dichiarano difficoltà economiche¹¹.

La stima di fumatori residenti nel distretto ammonta, complessivamente, a circa **14600 adulti 18-69**; di cui oltre 10000 con più di 35 anni.



Figura 24: Sorveglianza PASSI 2021-22 (Ambito di Cesena) - Abitudine al fumo

¹¹ [La sorveglianza "Passi" in Emilia-Romagna — Salute \(regione.emilia-romagna.it\)](https://regione.emilia-romagna.it/)

1.2.1.3 Consumo di alcol a maggior rischio

Quasi il **26%** degli intervistati residenti nel territorio cesenate riferisce di consumare abitualmente alcol: 23% delle donne e 28% degli uomini.

La fascia di età che presenta maggiori consumi è quella che va dai 18 ai 34 anni con frequenze più elevate tra le donne.

La stima di bevitori, con abitudini a maggior rischio, fra i residenti nel distretto ammonta, complessivamente, a oltre **16600 adulti tra i 18 e i 69 anni**.

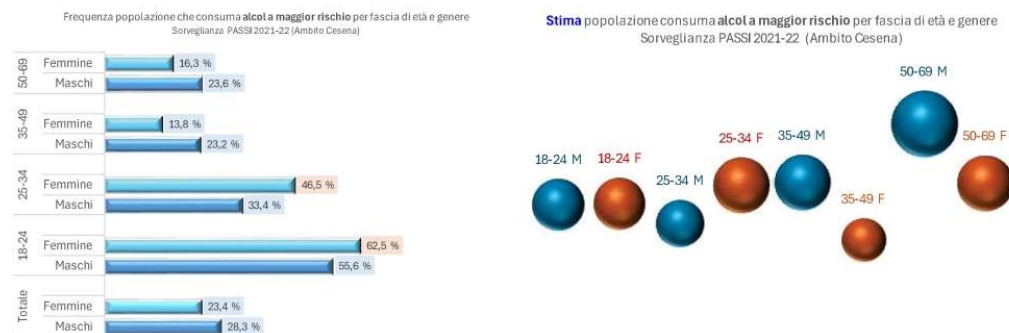


Figura 25: Sorveglianza PASSI 2021-22 (Ambito di Cesena) - Consumo di alcol a maggior rischio

1.2.1.4 Sedentarietà

Attualmente, l'OMS raccomanda ad adulti e ultra 65enni di praticare almeno 150 minuti a settimana di **attività fisica** moderata, o 75 minuti di attività intensa, o combinazioni equivalenti delle due modalità.

Grazie alle interviste PASSI, si stima che il **53%** della **popolazione** può essere classificata come **attiva**: il 34,5% degli uomini **non pratica attività fisica**; tale percentuale sale al 59% nelle donne.

Le fasce di età meno attive sono quelle **meno giovani**. Quella in cui si registra il maggiore divario tra i generi è quella **tra 25 e 34 anni** di età: **2 donne su 5** riferiscono di non raggiungere i **livelli settimanali raccomandati** dall'OMS.

Volendo considerare una stima di **persone sedentarie** nella popolazione del distretto, si tratterebbe di oltre **29000 adulti**, di cui oltre 24000 con più di 35 anni.

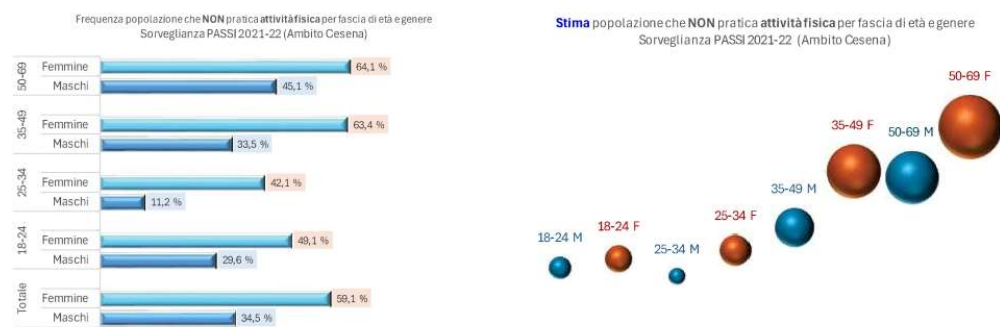


Figura 26: Sorveglianza PASSI 2021-22 (Ambito di Cesena) - Sedentarietà

1.2.1.5 Eccesso ponderale

L'**eccesso ponderale** è uno dei principali fattori che favoriscono l'insorgenza di malattie croniche non trasmissibili. Attraverso le interviste PASSI, vengono raccolti dati su altezza e peso degli intervistati.

Quasi il **45%** della popolazione adulta risulta essere in sovrappeso/obesa, leggermente superiore al dato regionale¹², pari al 43%, quota che raggiunge il 56% se si considerano gli adulti ultra 64enni, intervistati dall'indagine PASSI d'ARGENTO¹³.

La quota di soggetti in eccesso ponderale si modifica se guardiamo il genere degli intervistati. Infatti, ad essere in sovrappeso/obesi, nell'ambito di Cesena, tra i 18 e i 69 anni, sono il 41% delle donne e il 48% degli uomini. Tale caratteristica coinvolge una quota rilevante di adulti: prevalentemente con più di 50 anni, uomini, con basso titolo di studio, che dichiarano difficoltà economiche e di cittadinanza straniera.

Volendo fornire una stima della popolazione **in sovrappeso/obesa** nel distretto, si tratterebbe di quasi **28000 adulti**, di cui circa 23000 con più di 35 anni.



Figura 27: Sorveglianza PASSI 2021-22 (Ambito di Cesena) - Eccesso ponderale

1.2.1.6 Consumo di almeno 3 porzioni di frutta e verdura

A contribuire ad un sano stile di vita è anche la corretta alimentazione.

Quasi la metà degli adulti intervistati consuma **meno di tre porzioni** di frutta e verdura, con un importante divario di genere.

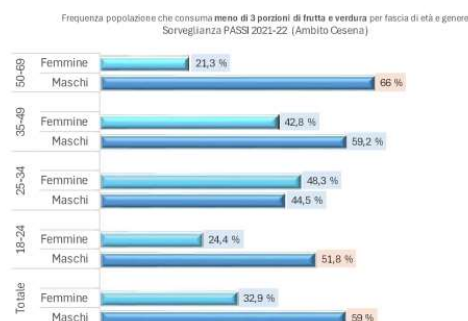


Figura 28: Sorveglianza PASSI 2021-22 (Ambito di Cesena) - Consumo di frutta e verdura

¹² [La sorveglianza "Passi" in Emilia-Romagna — Salute \(regione.emilia-romagna.it\)](https://regione.emilia-romagna.it)

¹³ [La sorveglianza "Passi d'Argento" — Salute \(regione.emilia-romagna.it\)](https://regione.emilia-romagna.it)

1.2.2. Patologie croniche

L'allungamento della vita media e la disponibilità di trattamenti, negli ultimi decenni ha determinato una vera e propria "epidemia" di malattie croniche degenerative, con un incremento della prevalenza, e, spesso, la coesistenza, nello stesso soggetto, di più patologie. La **multimorbilità**, caratteristica del "paziente complesso", comporta nuovi bisogni di salute, che impongono modifiche nella presa in carico dei pazienti stessi e nella gestione della complessità. Per molte malattie esistono possibilità di prevenzione e trattamento, con effetti positivi sul ritardo della comparsa o sulle disabilità ad esse correlate.

Le **malattie croniche**¹⁴ costituiscono la principale causa di morte quasi in tutto il mondo.

Alla base delle principali malattie croniche ci sono fattori di rischio comuni e modificabili, come alimentazione poco sana, consumo di tabacco, abuso di alcol, mancanza di attività fisica. Queste cause possono generare quelli che vengono definiti fattori di rischio intermedi, ovvero l'ipertensione, la glicemia elevata, l'eccesso di colesterolo e l'obesità. Ci sono poi fattori di rischio che non si possono modificare, come l'età o la predisposizione genetica.

Nel loro insieme questi fattori di rischio sono responsabili della maggior parte dei decessi per malattie croniche in tutto il mondo e in entrambi i sessi.

Le malattie croniche, però, sono legate anche a determinanti impliciti, spesso definiti come "cause delle cause", un riflesso delle principali forze che trainano le modifiche sociali, economiche e culturali: la globalizzazione, l'urbanizzazione, l'invecchiamento progressivo della popolazione, le politiche ambientali, la povertà.

Cause delle malattie croniche



Fonte: Oms

¹⁴ [Malattie croniche \(iss.it\)](https://www.iss.it)

1.2.2.1 Cronicità nella popolazione 18-69 (Sorveglianza PASSI) e over65 (Sorveglianza PASSI d'ARGENTO)

Si riporta di seguito la percentuale di intervistati, che riferisce di aver ricevuto una diagnosi di patologia cronica. L'istogramma mette a confronto le frequenze per genere, rilevate nell'ambito di Cesena, nell'intera Ausl Romagna e in regione Emilia-Romagna.

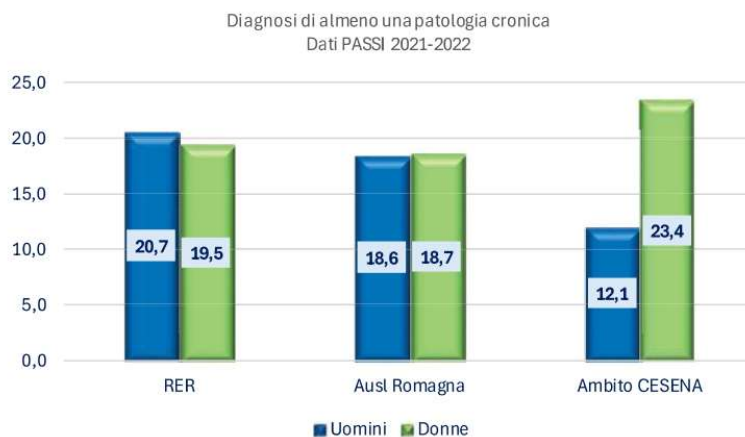


Figura 29: Sorveglianza PASSI 2021-22 - Patologie croniche – Confronto Ambito, Ausl e Regione ER

Tale proporzione sale al 62% se si considera la popolazione ultra 64enne. Il dato disponibile è quello regionale, fornito dalla Sorveglianza PASSI d'ARGENTO¹⁵.

In Emilia-Romagna il 62% delle persone ultra 64enni ha riportato di avere almeno una patologia cronica, pari a una stima di circa 671 mila persone; la prevalenza regionale è di poco superiore rispetto a quella nazionale (59%).

In regione più della metà (55%) soffre di una o due patologie croniche e il 7% ne ha tre o più.

Quest'ultima percentuale cresce con l'età ed è più alta tra coloro che hanno riferito bassa istruzione (10%) o difficoltà economiche (13%); aumenta, inoltre, al peggiorare delle condizioni di salute: si passa dal 5% degli ultra 64enni in buona salute al 11% di quelli con segni di fragilità e al 21% di quelli con disabilità.

Tra gli ultra 64enni con almeno una patologia cronica è maggiore la prevalenza di persone con ipertensione arteriosa (68%) o con fattori di rischio comportamentali, come il consumo di meno di 5 porzioni di frutta e verdura (85%) e l'insufficiente attività fisica (55%).

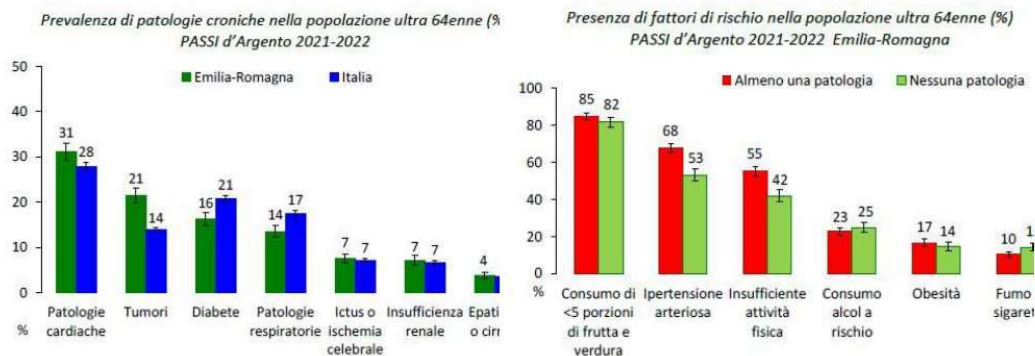


Figura 30: Sorveglianza PASSI d'Argento 2021-22

¹⁵ Regione Emilia-Romagna, Assessorato politiche per la salute, Sanità pubblica, I sistemi di sorveglianza della sanità pubblica, ultimo aggiornamento 13 ottobre 2023, La sorveglianza "Passi d'Argento" — Salute (regione.emilia-romagna.it)

1.2.2.2 Profili NCP

Per misurare l'impatto delle malattie croniche e la loro presa in carico, la Regione Emilia-Romagna ha costruito degli indicatori utilizzando le banche dati e la codifica del Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia-Romagna.

Ovvero gli indicatori vengono forniti dalla regione, raggruppando i pazienti in base al proprio MMG che li assiste, e successivamente in nuclei dei medici: i Nuclei di Cure Primarie (NCP).

Per costruire gli indicatori riportati nei profili¹⁶ degli NCP, sono state utilizzate informazioni relative a:

- Assistenza ospedaliera
- Assistenza specialistica ambulatoriale
- Assistenza farmaceutica territoriale (convenzionata esterna e distribuzione diretta)
- Assistenza domiciliare
- Pronto Soccorso
- Banca dati delle esenzioni

Per analizzare l'andamento delle **patologie** e poterle confrontare con il resto dell'Azienda e della Regione, vengono forniti i **tassi di prevalenza** standardizzati per NCP.

Degno di nota appare il tasso relativo all'iperlipidemia: per il distretto del Rubicone risulta un tasso più alto rispetto alle altre aree: 152 trattati su 1000 assistiti rispetto al tasso regionale che raggiunge la quota di 138 (tasso che cresce a 141, se si passa all'Ausl Romagna).

Risultano più bassi i tassi relativi al trattamento della cardiopatia ischemica: 26 trattati su 1000 contro i 38 e 36, rispettivamente di RER e Ausl Romagna e quelli relativi al trattamento dell'ipertensione: 51 trattati su 1000 contro i 64 e 61, rispettivamente di RER e Ausl Romagna.

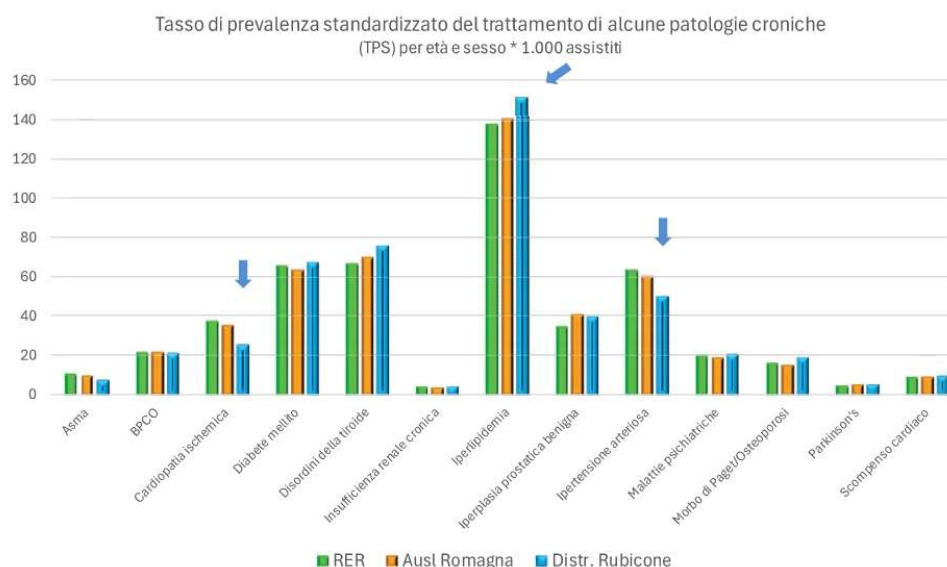


Figura 31: Tassi di prevalenza standardizzati del trattamento di alcune patologie croniche- Confronto Distretto, Ausl e Regione ER

¹⁶ Regione Emilia-Romagna, Assessorato politiche per la salute, ultimo aggiornamento 7 febbraio 2024, <http://salute.regione.emilia-romagna.it/siseps>

La stima delle **multimorbidità** (pazienti affetti da più patologie croniche) riguardante specifiche condizioni croniche, viene ottenuta utilizzando i dati sul consumo di prestazioni sanitarie e sulle esenzioni per patologia.

I tassi del distretto sono sostanzialmente in linea con quelli regionali e di Ausl: le variazioni sono di poche unità, ad esempio 27 trattati su 1000 per diabete e scompenso cardiaco, contro i 25 di Regione e Ausl.

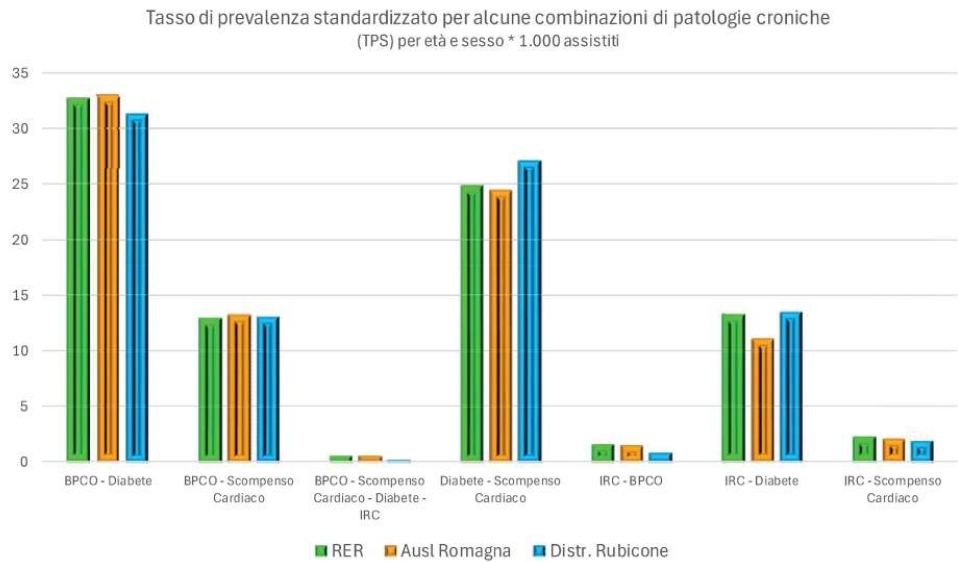


Figura 32: Tassi di prevalenza standardizzati di alcune combinazioni di patologie croniche - Confronto Distretto, Ausl e Regione ER

1.3 Prevenzione: vaccinazioni over65 e screening

Le vaccinazioni ci proteggono da malattie gravi e potenzialmente mortali e costituiscono uno dei più potenti strumenti di prevenzione a disposizione della sanità pubblica. Rappresentano uno strumento universalmente riconosciuto in grado di prevenire le malattie infettive a tutela non solo dell'individuo, ma anche della collettività.

Vaccinarsi è il modo migliore per immunizzarsi contro le malattie prevenibili con i vaccini rispetto all'immunità che si ottiene contraendo la malattia.

È fondamentale che si vaccinino i soggetti ad aumentato rischio di malattia o complicanza: la vaccinazione evita l'insorgere dei sintomi della malattia, che possono essere gravi.

Il Piano di Prevenzione della Regione Emilia-Romagna¹⁷ prevede delle campagne di vaccinazione gratuita rivolte alla popolazione e destinate a diverse fasce di età e con un'attenzione particolare rivolta alle persone più fragili.

1.3.1 Campagne vaccinali adulti e over65

La vaccinazione **antinfluenzale** è raccomandata e offerta in modo gratuito alle persone con più di 60 anni, alle donne in gravidanza e post partum, ai ricoverati in lungodegenza, alle persone con malattie croniche come diabete, malattie cardiache e respiratorie o problemi al sistema immunitario, ad alcune categorie di lavoratori come personale sanitario e socio-sanitario, forze di polizia e vigili del fuoco, allevatori o chi lavora a contatto con animali, ai donatori di sangue. È raccomandata anche ai bambini non a rischio nella fascia di età 6 mesi - 6 anni.



A partire dal 2017, al compimento del 65esimo anno di età, vengono offerte gratuitamente le vaccinazioni contro **Herpes Zoster (Fuoco di Sant'Antonio)** e la vaccinazione **antipneumococcica**.



¹⁷ [La Regione Emilia-Romagna potenzia l'offerta vaccinale gratuita — Salute](#)

1.3.1.1 Campagna Antinfluenzale 2023 (Over65)

Per proteggere dall'*influenza* e, in particolare, dalle complicazioni provocate dalla malattia, il Servizio Sanitario Regionale organizza ogni anno una campagna di vaccinazione gratuita.

L'adesione alla campagna **stagionale antinfluenzale 2023**¹⁸, dei residenti nel distretto sanitario del Rubicone, ultra65enni, ha raggiunto il **51%**, inferiore al dato registrato in tutto l'ambito di Cesena, pari a quasi il 56%.

In particolare, con un gradiente inverso al livello altimetrico, i comuni più interni registrano una copertura inferiore: Sogliano e Borghi non superano il 45%; mentre Cesenatico supera la copertura media territoriale, raggiungendo il 56,6% degli over 65 vaccinati.

Comuni del distretto	Copertura over65
Sogliano al Rubicone	44,4
Borghi	44,5
San Mauro Pascoli	46,4
Roncofreddo	46,5
Longiano	46,9
Savignano sul Rubicone	49,6
Gambettola	51,6
Gatteo	53,7
Cesenatico	56,6
Distretto Rubicone	51,3
Ambito Cesena	55,9

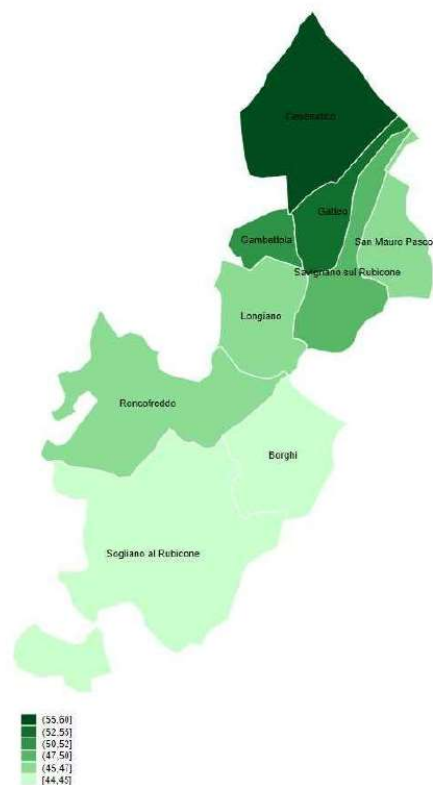


Figura 33: Copertura vaccinazione antinfluenzale

¹⁸ Anagrafe vaccinale regionale - ReportER

1.3.1.2 Anti-pneumococcica (Campagna 65enni -Nati 1952-1958)

Quasi il **31%** dei nati delle coorti 1952-1958, residenti nel distretto sanitario del Rubicone, **ha aderito all'invito** alla vaccinazione **antipneumococcica**, eseguibile presso gli ambulatori dei medici di medicina generale, oltre agli ambulatori vaccinali del Dipartimento di Sanità Pubblica.

La copertura¹⁹ dei cittadini del distretto (30,9%) risulta perciò inferiore al dato di ambito pari a 34,5%.

Dai nati del 1956, la copertura si è notevolmente abbassata: la loro chiamata è avvenuta durante il periodo della pandemia Covid, che non ha favorito l'adesione degli assistiti.

Distretto del Rubicone					Ambito Cesena
	Coorte	Vaccinati	NON Vaccinati	Copertura a marzo 2024	
Nati 1952	928	358	570	38,6	42,6
Nati 1953	942	393	549	41,7	46,7
Nati 1954	947	430	517	45,4	48,5
Nati 1955	1008	380	628	37,7	45,3
Nati 1956	1080	218	862	20,2	25,2
Nati 1957	1128	293	835	26,0	27,6
Nati 1958	1095	130	965	11,9	11,3
Totale	7128	2202	4926	30,9	34,5

In particolare, si distingue il comune di Cesenatico, in cui la copertura supera il 36%, mentre nei territori più interni verso la maggiore altitudine, meno di un quarto dei nati dal 1952 al 1958 risulta vaccinato.

Comune	Coorte nati 1952-58	Vaccinati	NON Vaccinati	Copertura a marzo 2024
Roncofreddo	281	63	218	22,4
Sogliano al Rubicone	272	65	207	23,9
Borghi	191	51	140	26,7
Longiano	541	146	395	27,0
Gatteo	684	197	487	28,8
Savignano sul Rubicone	1312	380	932	29,0
San Mauro Pascoli	833	248	585	29,8
Gambettola	886	279	607	31,5
Cesenatico	2128	773	1355	36,3
Distretto Rubicone	7128	2202	4926	30,9



Figura 34: Copertura vaccinazione antipneumococcica

¹⁹ Anagrafe vaccinale aziendale: applicativo OnVac

1.3.1.3 Herpes Zoster (Campagna 65enni - Nati 1952-1958)

La copertura²⁰ per la vaccinazione contro l’**Herpes Zoster**, nei residenti del distretto sanitario del Rubicone, raggiunge il **23,5%**; inferiore al dato medio di ambito.

Distretto del Rubicone				Ambito Cesena	
Coorte		Vaccinati	NON Vaccinati	Copertura a marzo 2024	
Nati 1952	928	107	821	11,5	15,7
Nati 1953	942	313	629	33,2	40,6
Nati 1954	947	355	592	37,5	41,0
Nati 1955	1008	221	787	21,9	26,4
Nati 1956	1080	228	852	21,1	25,2
Nati 1957	1128	251	877	22,3	25,1
Nati 1958	1095	199	896	18,2	21,4
Totale	7128	1674	5454	23,5	27,6

Anche nel caso della copertura contro l’Herpes Zoster, i comuni più interni fanno registrare le coperture più basse.

Comune	Coorte nati 1952-58	Vaccinati	NON Vaccinati	Copertura a marzo 2024
Borghi	191	29	162	15,2
Sogliano al Rubicone	272	48	224	17,6
Roncofreddo	281	54	227	19,2
San Mauro Pascoli	833	179	654	21,5
Longiano	541	123	418	22,7
Cesenatico	2128	492	1636	23,1
Gatteo	684	173	511	25,3
Savignano sul Rubicone	1312	333	979	25,4
Gambettola	886	243	643	27,4
Distretto Rubicone	7128	1674	5454	23,5



Figura 35: Copertura vaccinazione anti Herpes Zoster

²⁰ Anagrafe vaccinale aziendale: applicativo OnVac

1.3.2 Altre vaccinazioni

1.3.2.1 Antitetanica

Il *tetano* è una malattia infettiva molto grave causata da una tossina prodotta dal batterio *Clostridium tetani*. La malattia è grave e sottovalutata, perché le spore di questo batterio possono sopravvivere nell'ambiente esterno anche per anni contaminando polvere e terreno, e possono entrare attraverso una ferita banale o inapparente come una puntura da spina di rosa. Una volta penetrate nell'organismo umano le spore possono trasformarsi nelle forme vegetative che producono la tossina.

L'efficacia della vaccinazione contro il tetano è molto alta: quasi il 100% dei vaccinati risulta protetto contro la malattia. Per questo vaccino sono consigliati richiami ogni dieci anni.

Nel distretto del Rubicone, **oltre un terzo** (circa 27000 adulti) risulta con una vaccinazione **antitetanica eseguita prima del 2013** (ovvero da oltre 10 anni).

	Femmine	Scopertura 10+ anni	%
18-64 anni	28746	10282	35,8
65+ anni	11237	3591	32,0
	Maschi		
18-64 anni	28687	10263	35,8
65+ anni	9321	2976	31,9
	Totale		
Pop 18+anni 1° gennaio 2023	77991	27112	34,8

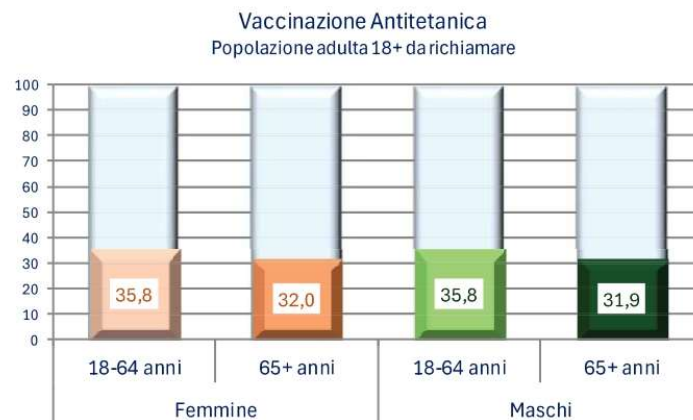


Figura 36: Percentuale di adulti con ultimo richiamo eseguito da oltre 10 anni

1.3.3 Adesione agli screening oncologici

Lo screening oncologico è un intervento di salute pubblica gratuito, che consiste nell'invitare la popolazione, apparentemente sana ma potenzialmente esposta, al rischio di contrarre il cancro, a sottoporsi a esami di prevenzione e diagnosi precoce.

Le persone sono invitate per lettera a partecipare allo screening e l'adesione è spontanea.

L'esito dello screening può essere negativo (ovvero normale) e non avere alcun seguito, oppure richiedere ulteriori indagini diagnostiche, tutte gratuite.

1.3.3.1 Screening coloretale

Partecipare allo screening protegge dal tumore del colon retto perché permette di trovare e asportare anche lesioni pretumorali, prima che diventino tumori. Inoltre, consente di individuare lesioni tumorali in fase iniziale. Se la malattia è trovata in fase iniziale, è più probabile ottenere una guarigione completa.

Il programma di screening coloretale propone il **test per la ricerca del sangue occulto nelle feci** ogni 2 anni, a tutte le donne e gli uomini residenti e domiciliati assistiti, dai 50 ai 69 anni.



Da un'analisi di dati forniti dal Centro Screening di Cesena, relativamente agli inviti al test nel biennio 2021-2023, è emerso che **meno della metà dei cittadini** del

distretto del Rubicone invitati ad eseguire il test di ricerca del sangue occulto, ha aderito all'invito: in particolare l'adesione degli uomini è pari a circa il 44%, mentre tra le donne si raggiunge il 50%.

Percentuali leggermente inferiori a quelle riferite all'intero ambito territoriale di Cesena.

Adesione screening coloretale
Biennio luglio 2021-luglio 2023

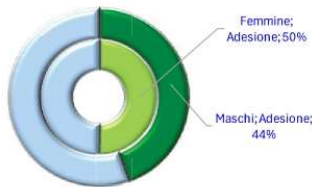


Figura 37: Adesione allo screening coloretale nel biennio 2021-2023

	Adesione Maschi	Adesione Femmine
Distretto RUBICONE	44,4	50,2
Borghi	35,1	42,6
Roncofreddo	42,4	49,3
San Mauro Pascoli	46,5	50,3
Savignano sul Rubicone	44,0	49,7
Gatteo	44,4	50,9
Cesenatico	44,6	50,4
Sogliano al Rubicone	40,3	44,9
Longiano	46,9	51,5
Gambettola	45,2	52,6

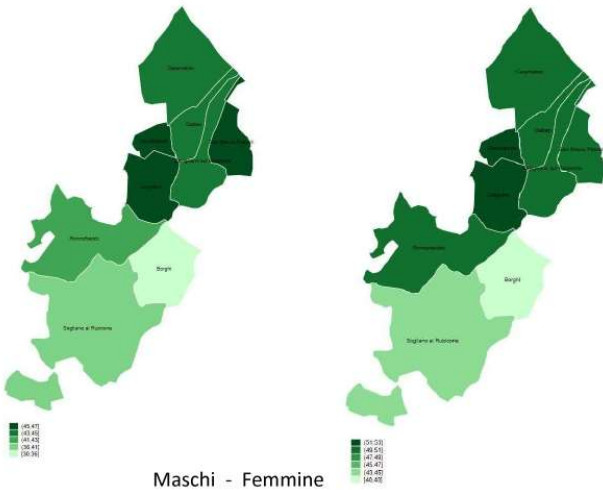


Figura 38: Adesione allo screening coloretale nel biennio 2021-2023 per comune e genere

Fonti

Serie storica della popolazione residente, condizione professionale, livello di istruzione: ISTAT, Istituto Nazionale di Statistica, aggiornamento 27 febbraio 2024, [Dashboard Censimento permanente della popolazione e delle abitazioni \(istat.it\)](https://statistica.regione.emilia-romagna.it/servizi-online/statistica-self-service/popolazione/popolazione-per-eta-e-sesso/pop_eta_ammontare) https://statistica.regione.emilia-romagna.it/servizi-online/statistica-self-service/popolazione/popolazione-per-eta-e-sesso/pop_eta_ammontare

Previsioni distrettuali della popolazione: [Le proiezioni demografiche al 2042 per l'Emilia-Romagna - La popolazione sul territorio](https://regione.emilia-romagna.it/Le-proiezioni-demografiche-al-2042-per-lEmilia-Romagna-La-popolazione-sul-territorio) — Statistica (regione.emilia-romagna.it)

Indicatori demografici: [Popolazione per sesso ed età. Indici di stato](https://regione.emilia-romagna.it/Popolazione-per-sesso-ed-et%C3%A0-Indici-di-stato) — Statistica (regione.emilia-romagna.it)

Patologie croniche: [Malattie croniche \(iss.it\)](https://iss.it/Malattie-croniche)

Profili Nuclei Cure Primarie: Regione Emilia-Romagna, Assessorato politiche per la salute, ultimo aggiornamento 7 febbraio 2024, <http://salute.regione.emilia-romagna.it/siseps>

Sorveglianza PASSI (Dati Ausl Romagna): gruppo regionale PASSI

Sorveglianza PASSI d'ARGENTO (Dati RER): Regione Emilia-Romagna, Assessorato politiche per la salute, Sanità pubblica, I sistemi di sorveglianza della sanità pubblica, ultimo aggiornamento 13 ottobre 2023, [La sorveglianza "Passi d'Argento"](https://regione.emilia-romagna.it/La-sorveglianza-Passi-dArgento) — Salute (regione.emilia-romagna.it)

Coperture vaccinali: Anagrafe vaccinale AuslRomagna (Applicativo OnVac); <https://applicazioni.regione.emilia-romagna.it/ReportERHome>

Indice figure

Figura 1: Scheda del distretto del Rubicone.....	4
Figura 2: Popolazione residente nel distretto - Serie storica dal 1988 al 2024.....	5
Figura 3: Popolazione residente nei distretti sanitari dell'Ausl Romagna - Serie storica dal 1-1-1988 al 1-1-2024.....	5
Figura 4: Popolazione residente nei distretti sanitari dell'Ausl Romagna al 1° gennaio 2024.....	5
Figura 5: Variazione attesa della popolazione totale 2022-2042 per province e distretti sanitari della regione Emilia-Romagna (proiezione scenario di riferimento, valori percentuali)	6
Figura 6: Variazione attesa della popolazione 65 e più anni tra il 2022 e il 2042 nei distretti sanitari della regione Emilia-Romagna (variazioni percentuali)	6
Figura 7: Variazione attesa della popolazione 15-64 anni tra il 2022 e il 2042 nei distretti sanitari della regione Emilia-Romagna (variazioni percentuali)	7
Figura 8: Piramide età: numero di maschi e femmine per classi quinquennali di età	7
Figura 9: Alcuni indicatori demografici (serie storica dal 1988).....	8
Figura 10: Mappa della percentuale di popolazione anziana nei comuni del distretto	9
Figura 11: Mappa della percentuale dei grandi anziani nei comuni del distretto	9
Figura 12: Indice di vecchiaia – Distretti Sanitari, Ausl Romagna e Regione ER (serie storica dal 1988).....	10
Figura 13: Indice di vecchiaia nei comuni del distretto	10
Figura 14: Tassi di natalità e mortalità - serie storica dal 1973.....	11
Figura 15: Tasso di natalità - confronto tra distretto, province e Regione ER (serie storica dal 1973).....	11
Figura 16: Tasso di mortalità - confronto tra distretto, province e Regione ER (serie storica dal 1973)	11
Figura 17: composizione della popolazione per genere, fascia di età e cittadinanza	12
Figura 18: Composizione delle famiglie.....	12
Figura 19: Distribuzione del numero di famiglie unipersonali per fascia di età.....	12
Figura 20: Distribuzione della popolazione (15+ anni) di cittadinanza italiana per condizione professionale	13
Figura 21: Distribuzione della popolazione (15+ anni) di cittadinanza straniera per condizione professionale	13
Figura 22: Distribuzione della popolazione (25+ anni) per grado di istruzione	14
Figura 23: Sorveglianza PASSI 2021-22 (Ambito di Cesena) – Sintomi depressivi.....	16
Figura 24: Sorveglianza PASSI 2021-22 (Ambito di Cesena) - Abitudine al fumo.....	16
Figura 25: Sorveglianza PASSI 2021-22 (Ambito di Cesena) - Consumo di alcol a maggior rischio.....	17
Figura 26: Sorveglianza PASSI 2021-22 (Ambito di Cesena) - Sedentarietà	17
Figura 27: Sorveglianza PASSI 2021-22 (Ambito di Cesena) - Eccesso ponderale	18
Figura 28: Sorveglianza PASSI 2021-22 (Ambito di Cesena) - Consumo di frutta e verdura	18
Figura 29: Sorveglianza PASSI 2021-22 - Patologie croniche – Confronto Ambito, Ausl e Regione ER.....	20
Figura 30: Sorveglianza PASSI d'Argento 2021-22.....	20
Figura 31: Tassi di prevalenza standardizzati del trattamento di alcune patologie croniche- Confronto Distretto, Ausl e Regione ER	21
Figura 32: Tassi di prevalenza standardizzati di alcune combinazioni di patologie croniche - Confronto Distretto, Ausl e Regione ER	22
Figura 33: Copertura vaccinazione antinfluenzale	24
Figura 34: Copertura vaccinazione antipneumococcica.....	25
Figura 35: Copertura vaccinazione anti Herpes Zoster	26
Figura 36: Percentuale di adulti con ultimo richiamo eseguito da oltre 10 anni	27
Figura 37: Adesione allo screening coloretale nel biennio 2021-2023	28
Figura 38: Adesione allo screening coloretale nel biennio 2021-2023 per comune e genere	28

L'apporto del Quadro Diagnostico del PUG a supporto della programmazione distrettuale .

I presupposti .

La legge regionale 24/2017 "Disciplina regionale sulla tutela e l'uso del territorio" (art. 1 Principi e obiettivi generali)

(Omissis) “ il governo del territorio, inteso quale insieme delle attività di analisi, valutazione, programmazione, regolazione, controllo e monitoraggio degli usi e delle trasformazioni del territorio e degli effetti delle politiche socio-economiche su di esso incidenti (omissis)

Come costruire insieme lo spazio pubblico (la metodologia) :

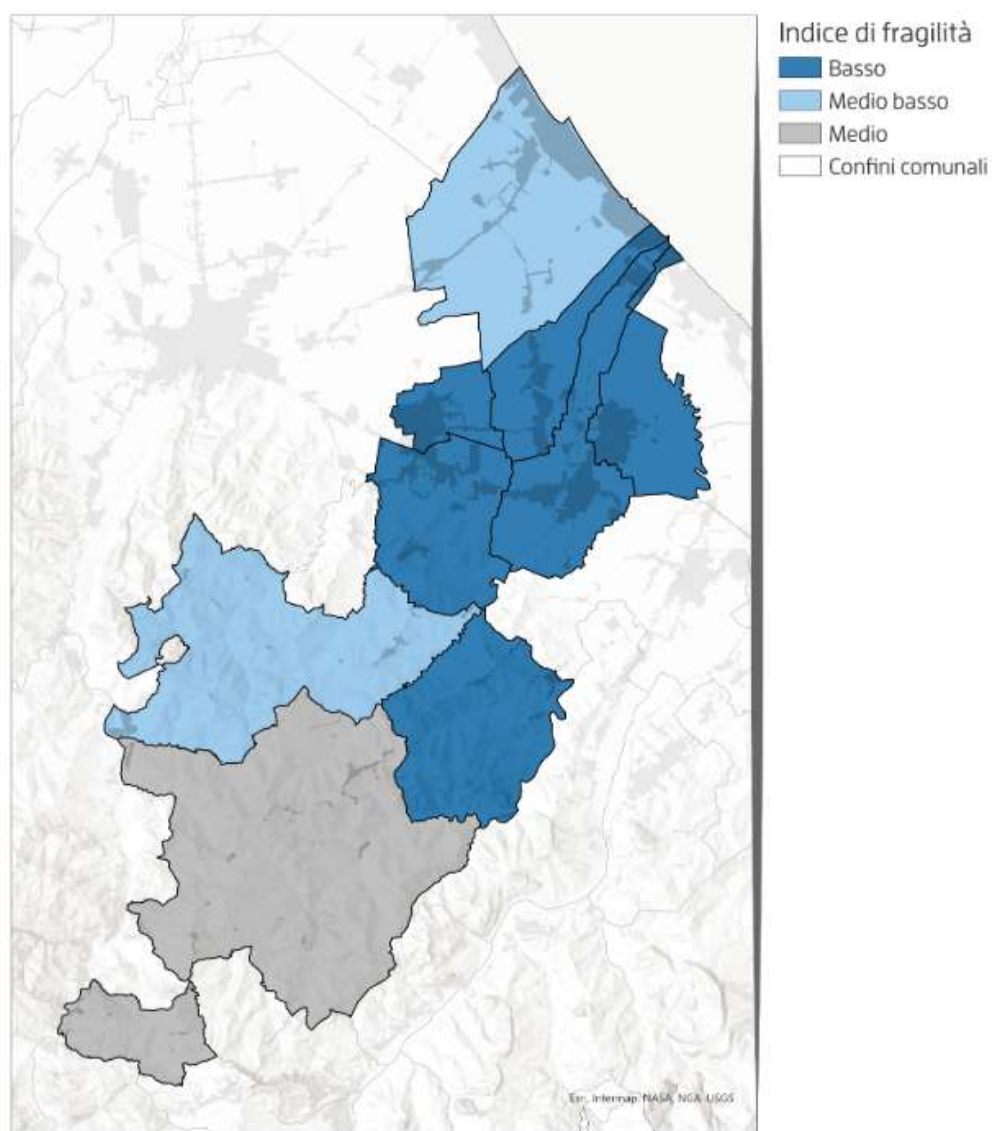
- individuare criticità pregresse ed intercettare i nuovi bisogni
- partire da una conoscenza approfondita di offerta e domanda di servizi
- individuare obiettivi e strategie
- dare una disciplina: come costruire la città pubblica e come dare forma allo sviluppo urbanistico sulla base della disponibilità di servizi e attrezzature
- utilizzare azioni e strumenti idonei per il raggiungimento degli obiettivi

IL PUG (Piano Urbanistico generale): (alcuni obiettivi)

- integrazione con le norme di settore e con le politiche del sociali e socio-sanitarie
- individuazione delle esigenze del territorio sulla base delle analisi di fragilità e disagio potenziale
- accessibilità ai servizi, sicurezza e comfort dello spazio pubblico

Fragilità demografica

Indice di potenziale fragilità demografica dell'Unione Rubicone e Mare



Fonte: FABER - Fabbisogni Abitativi in Emilia-Romagna (2021)



% 80enni e più al 31.12.2021 (+).

Fonte: elaborazioni Regione Emilia-Romagna su dati Istat



Variazione % popolazione residente 2017-2021 (-).

Fonte: elaborazioni Regione Emilia-Romagna su dati Istat



Saldo naturale medio annuo (*1000) 2017-2021 (-).

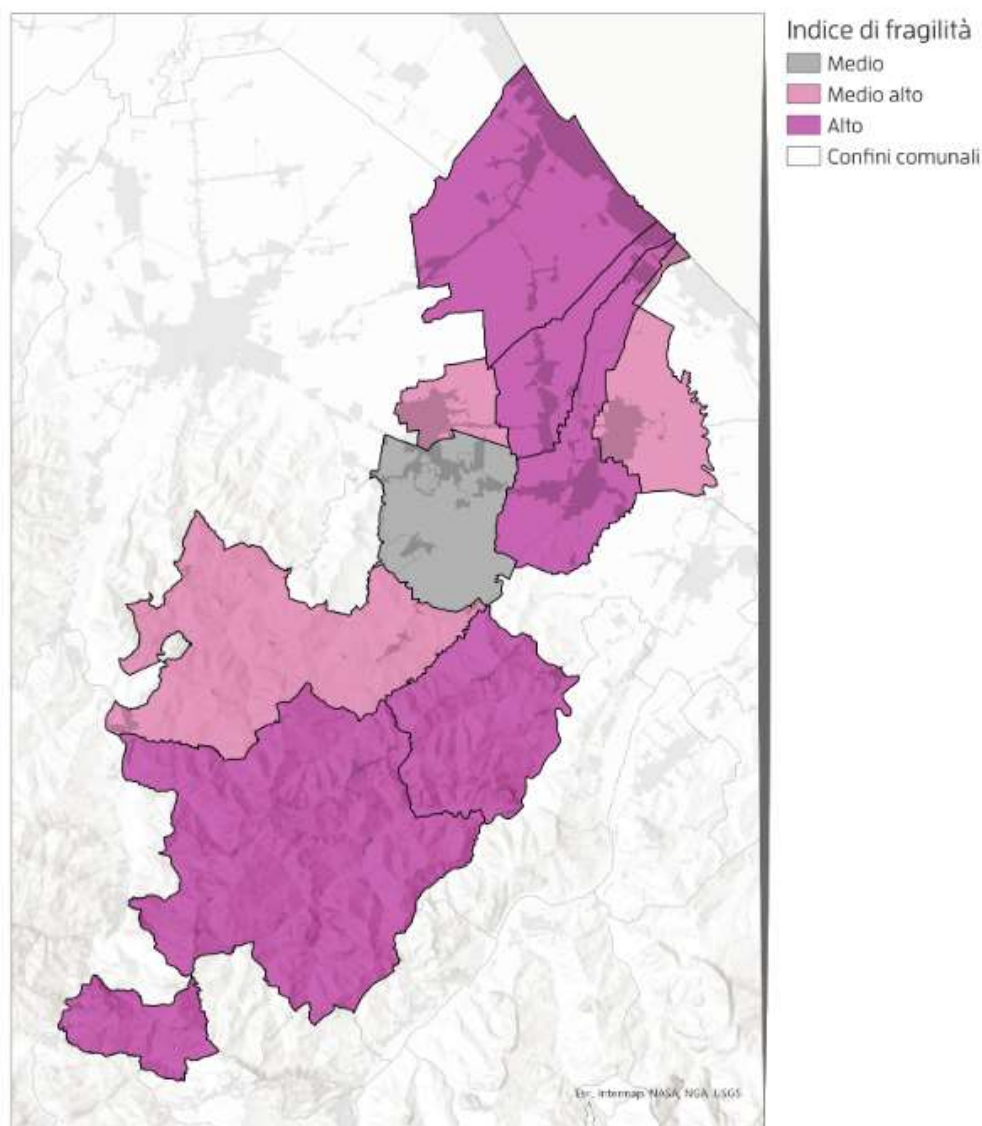
Fonte: elaborazioni Regione Emilia-Romagna su dati Istat

La **potenziale fragilità demografica**, risulta dalla sintesi di tre variabili riferite alla **popolazione anziana, alla variazione della popolazione e al saldo naturale**.

Un territorio è tanto più fragile quanto la propria **consistenza demografica cala e/o si indebolisce**, con **popolazione insediata più vecchia** e **numero di nati considerevolmente inferiore** a quello dei morti.

Fragilità sociale :

Indice di potenziale fragilità sociale dell'Unione Rubicone e Mare



La **potenziale fragilità sociale**, considera diversi aspetti della convivenza sociale e il loro impatto sul sistema di relazioni: la **fragilità del nucleo familiare**; la **difficoltà di radicamento della popolazione straniera**; la sfida posta dalla presenza di **molti stranieri tra i giovani**, ma anche l'opportunità offerta da una popolazione con un **buon livello di istruzione**.



% 65enni e più in famiglie unipersonali al 31.12.2021 (+).

Fonte: Regione Emilia-Romagna



Ricambio % medio della popolazione straniera (immigrati+emigrati stranieri sulla popolazione media) 2017-2021 (+).

Fonte: Elaborazioni Regione Emilia-Romagna su dati Istat



% popolazione residente straniera in età 0-19 anni sulla popolazione residente in età 0-19 anni al 31.12.2021 (+).

Fonte: Elaborazioni Regione Emilia-Romagna su dati Istat



% laureati in età 25-49 anni sulla popolazione residente di 25-49 anni - Censimento permanente 2021 (-).

Fonte: Elaborazioni Regione Emilia-Romagna su dati Istat



% minori in famiglie mono-genitoriali sul totale dei minori residenti in famiglia al 31.12.2021 (+). Fonte: Regione Emilia-Romagna

Fragilità economica

Indice di potenziale fragilità economica dell'Unione Rubicone e Mare



% abitazioni occupate in affitto

(occupate da almeno una persona dimorante abitualmente in affitto) - Censimento permanente 2019 (+).

Fonte: elaborazioni Regione Emilia-Romagna su dati Istat



Reddito imponibile medio per contribuente - 2020 (-).

Fonte: elaborazioni Regione Emilia-Romagna su dati MEF – Dipartimento delle Finanze - IRPEF

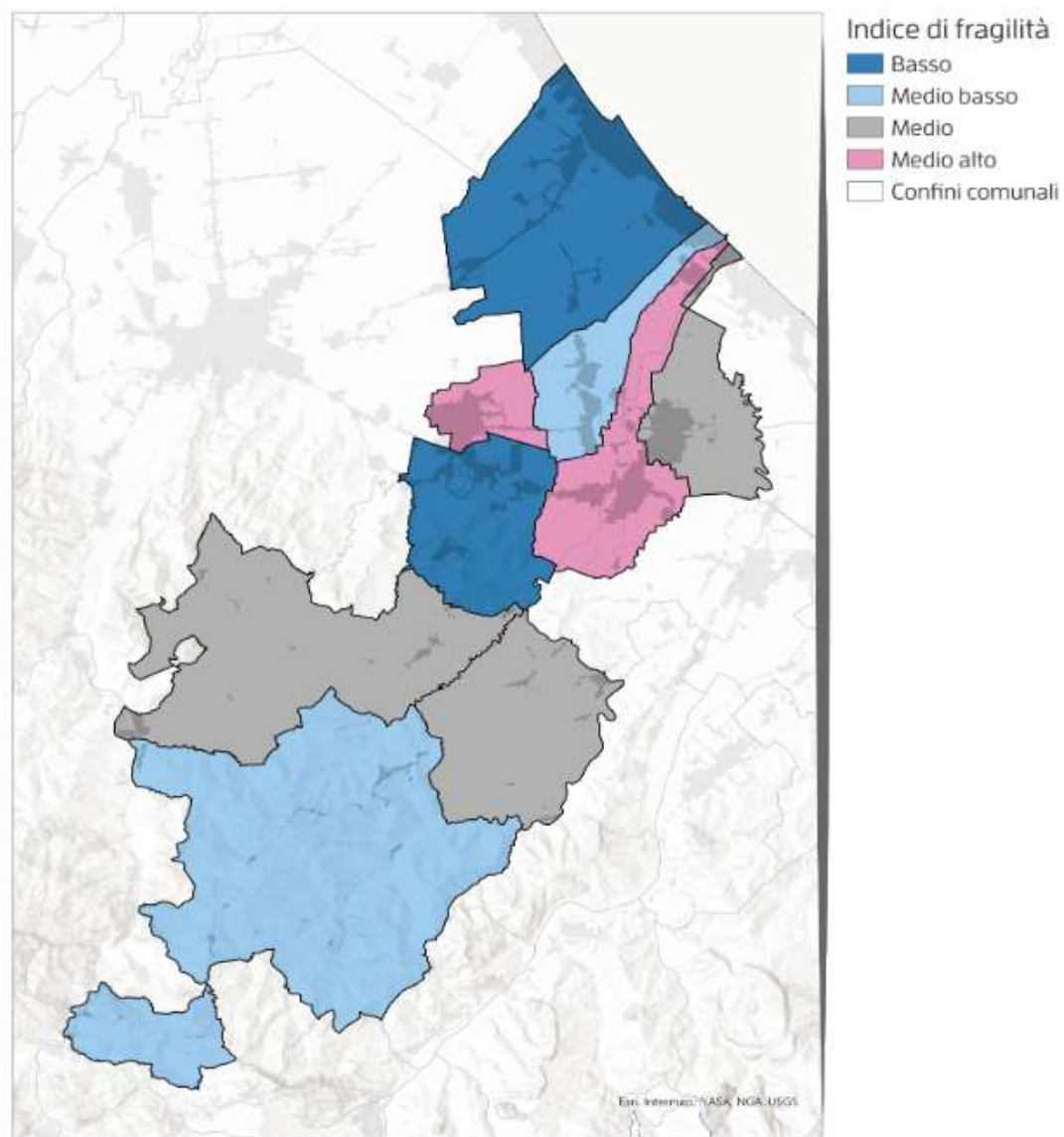


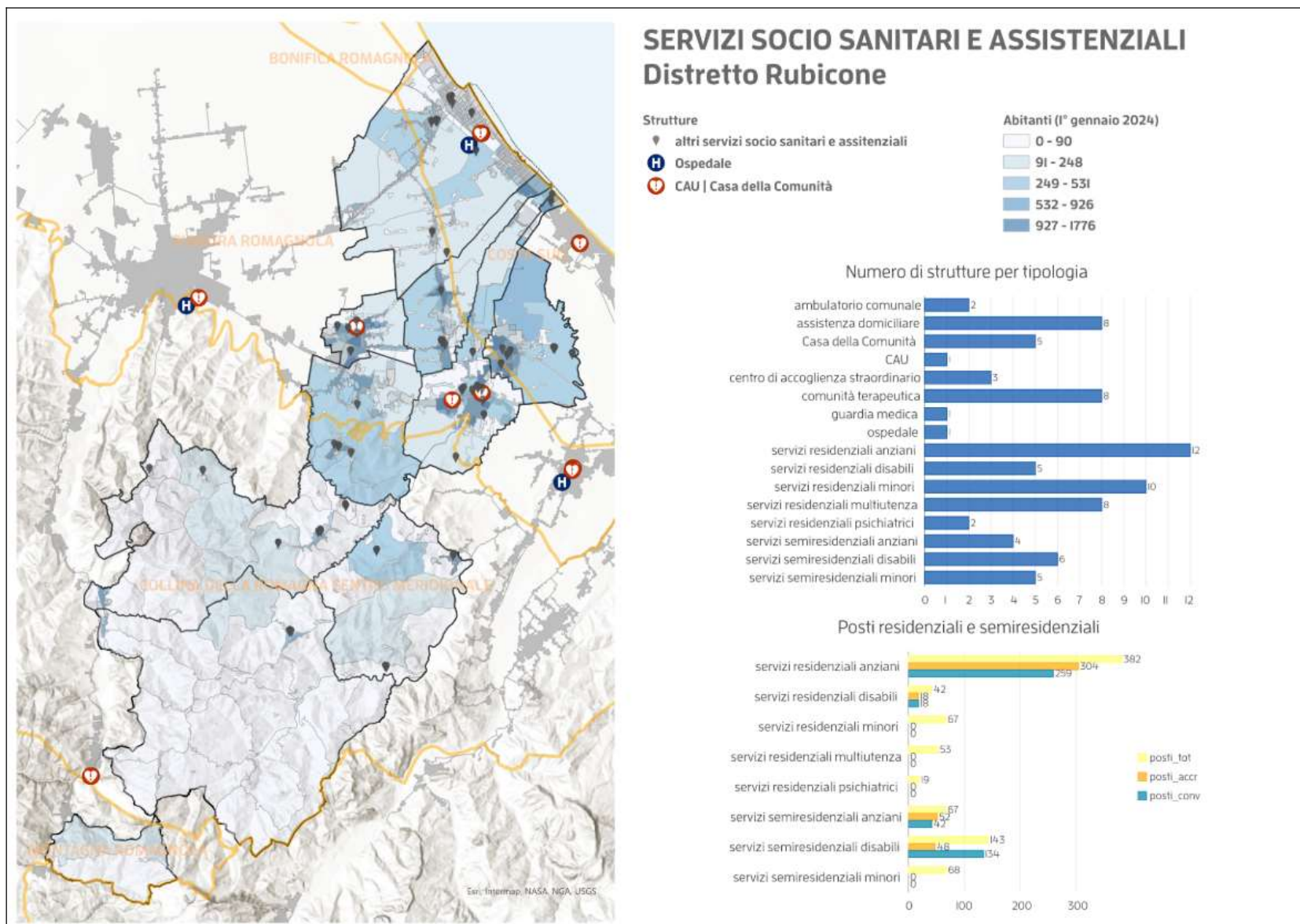
% contribuenti con 0-10.000 euro di reddito complessivo su totale contribuenti -2020 (+).

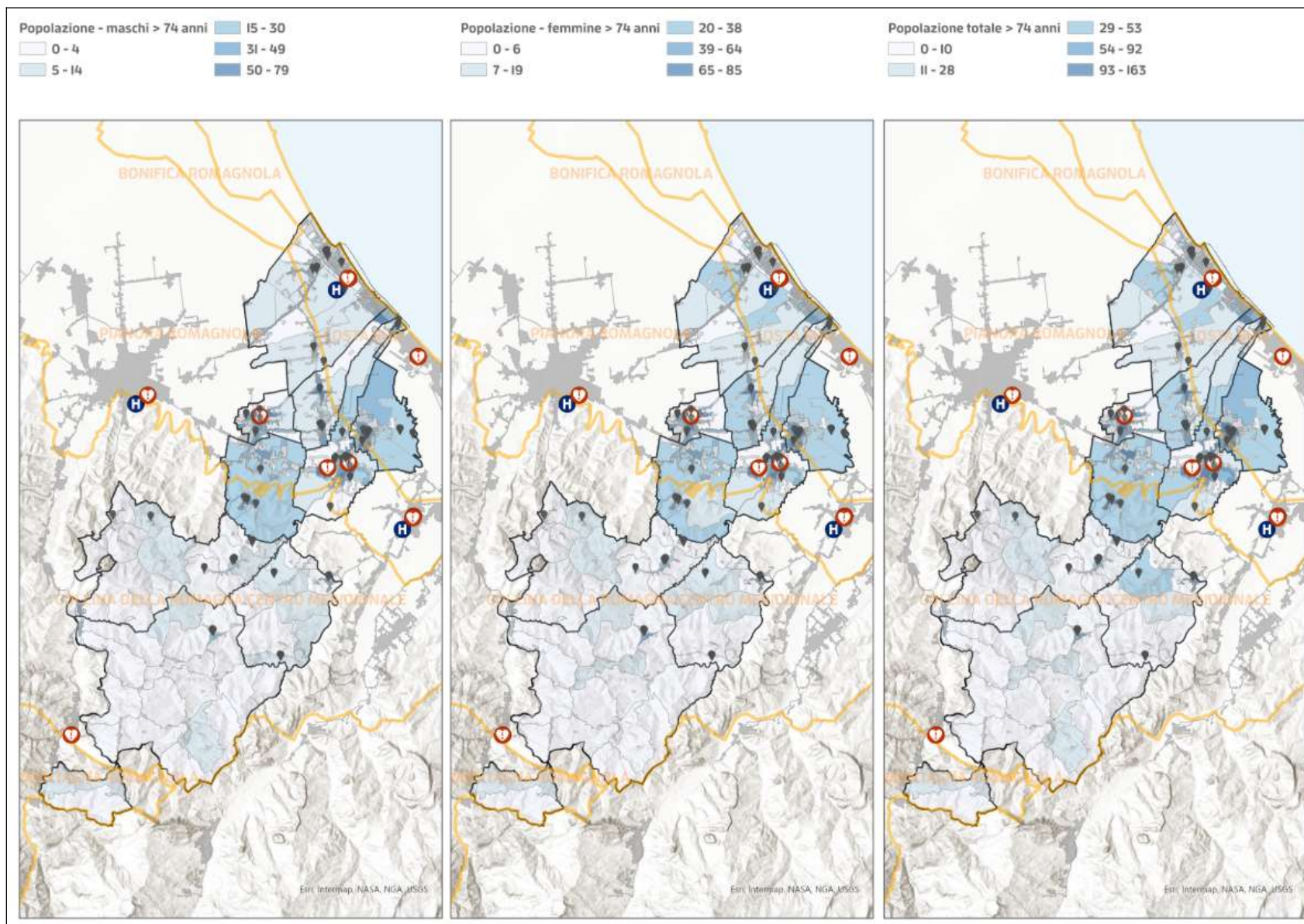
Fonte: elaborazioni Regione Emilia-Romagna su dati MEF – Dipartimento delle Finanze - IRPEF

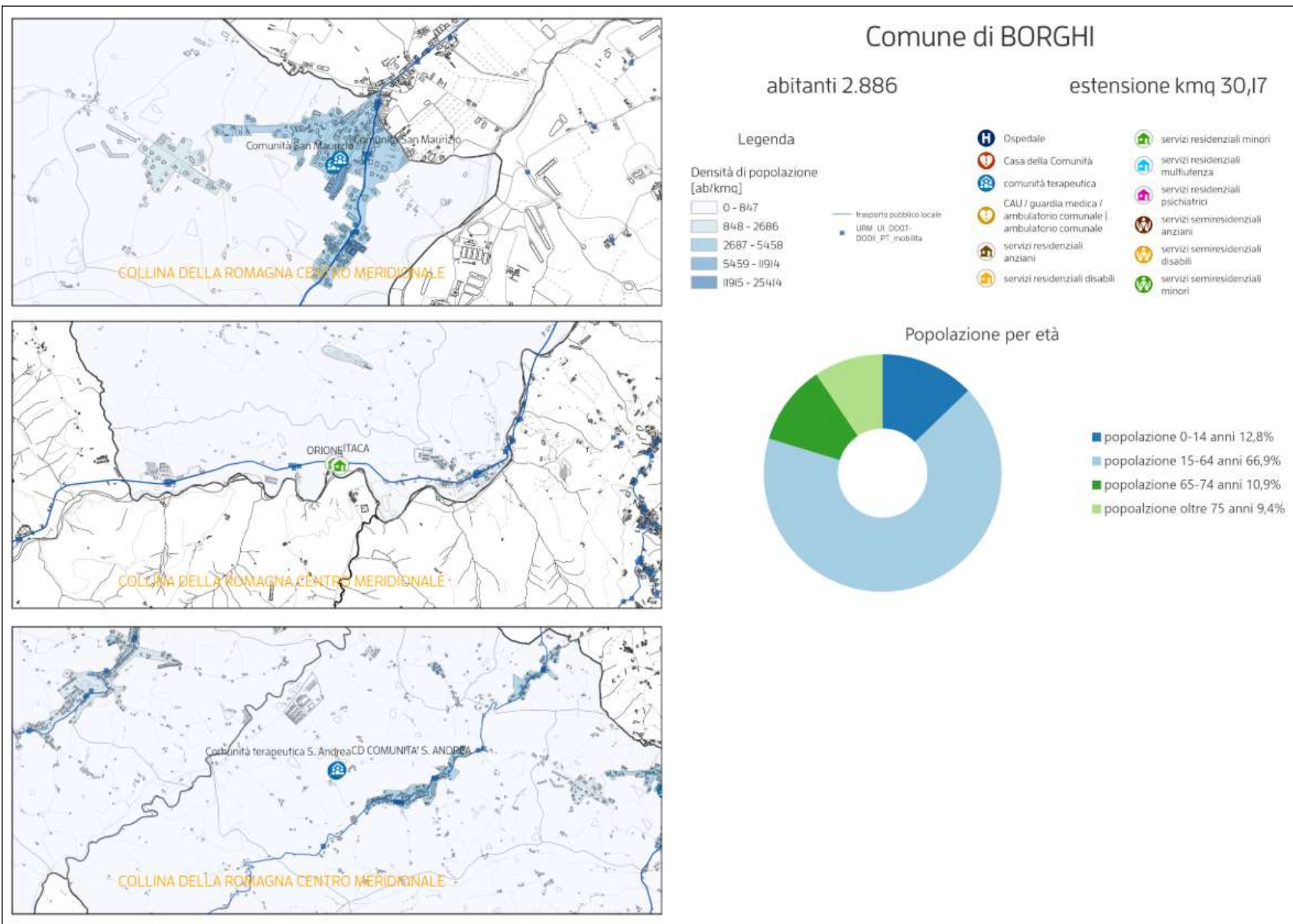
(+/-) relazione col concetto di fragilità

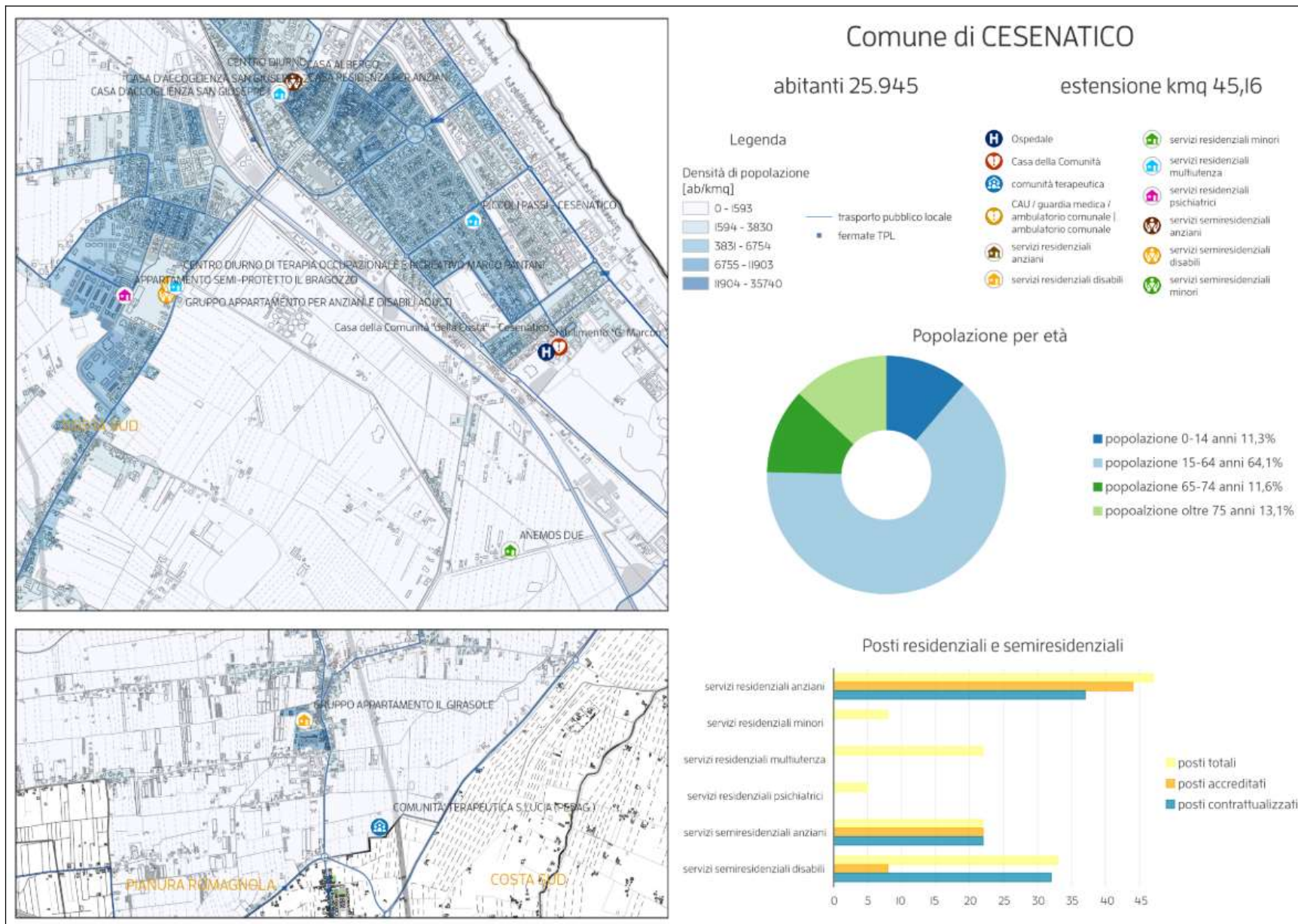
La **potenziale fragilità economica** è definita in relazione al **reddito** e alla **percentuale delle abitazioni occupate in affitto**, che può indicare una relativa difficoltà ad accedere al mercato della proprietà, come pure la **mancanza di relazioni durevoli con il territorio** di dimora abituale.

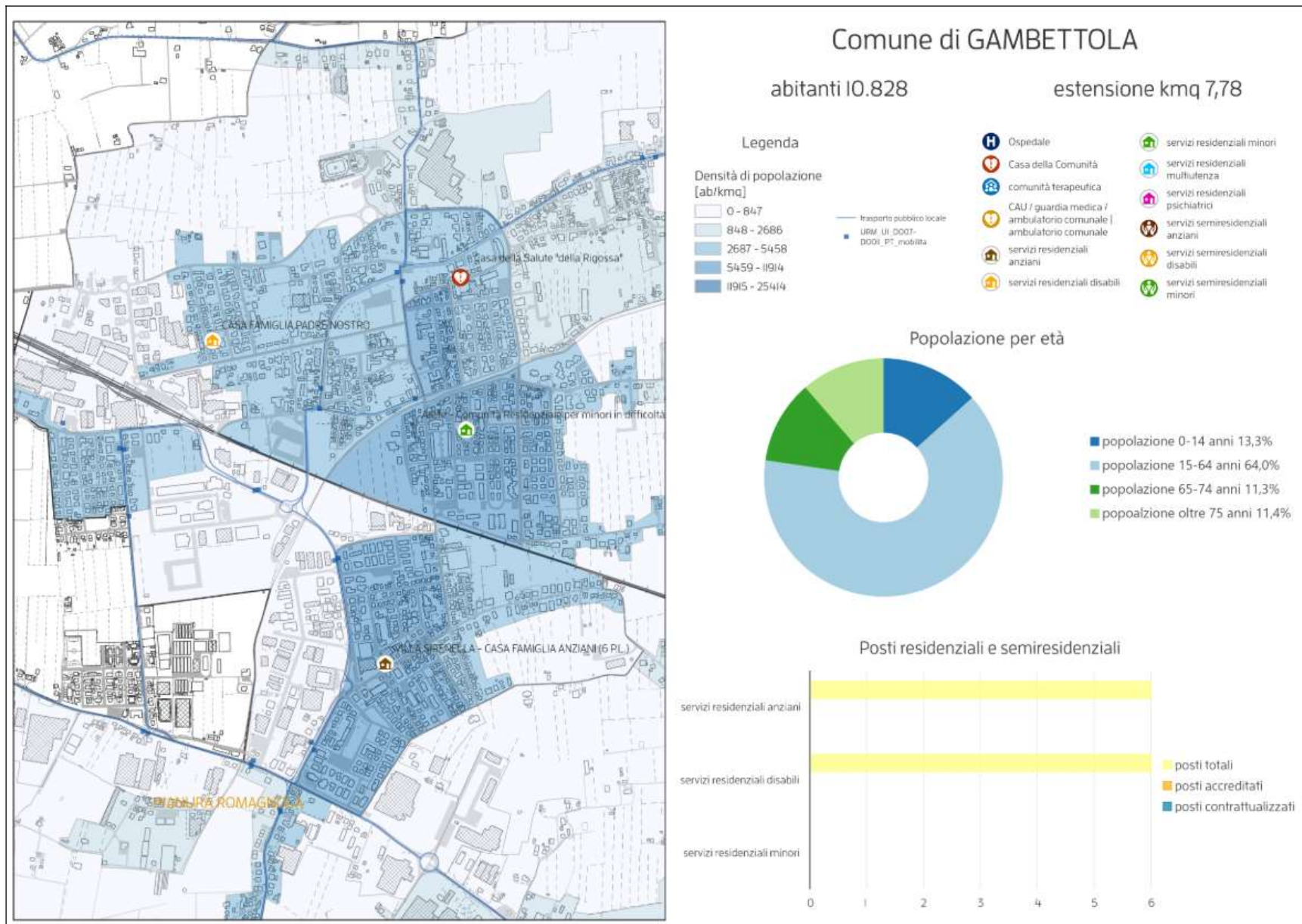


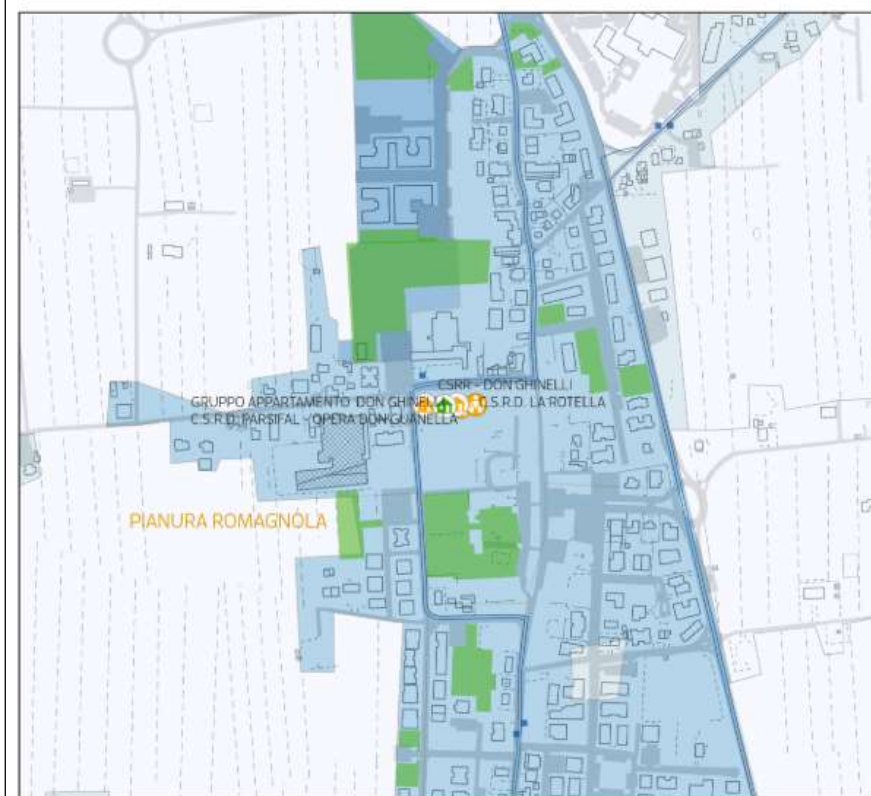












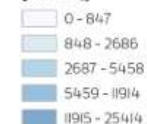
Comune di GATTEO

abitanti 9.384

estensione kmq 14,14

Legenda

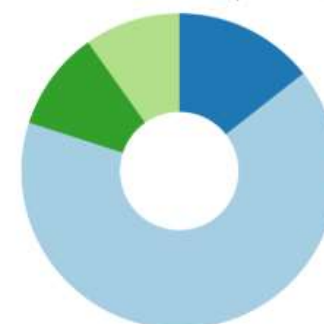
Densità di popolazione
[ab/kmq]



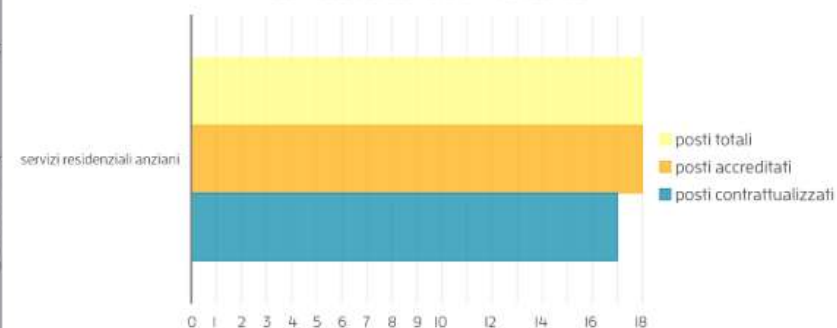
trasporto pubblico locale
URM, UI, DDOOT,
DDOI, PT, mobilità

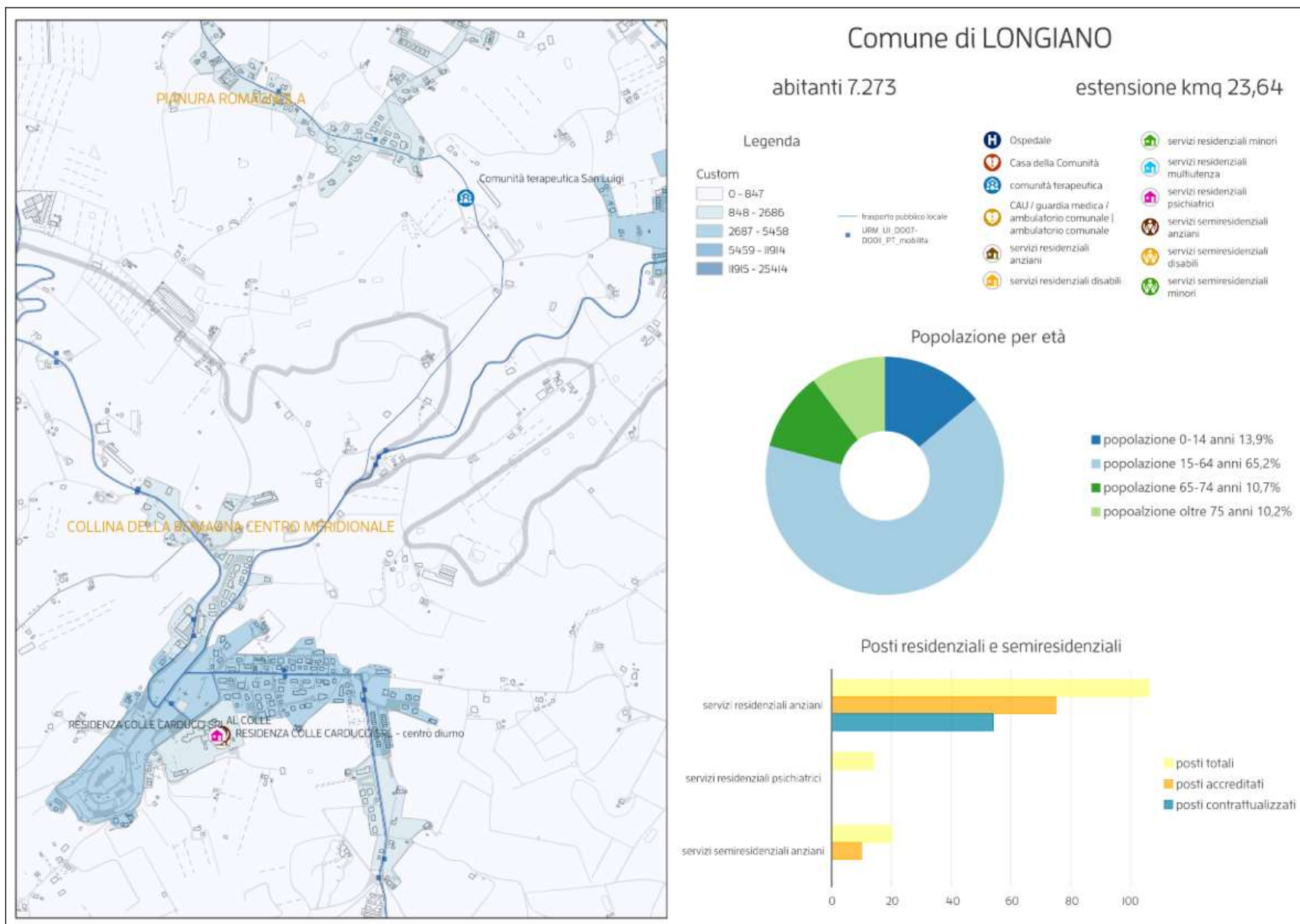


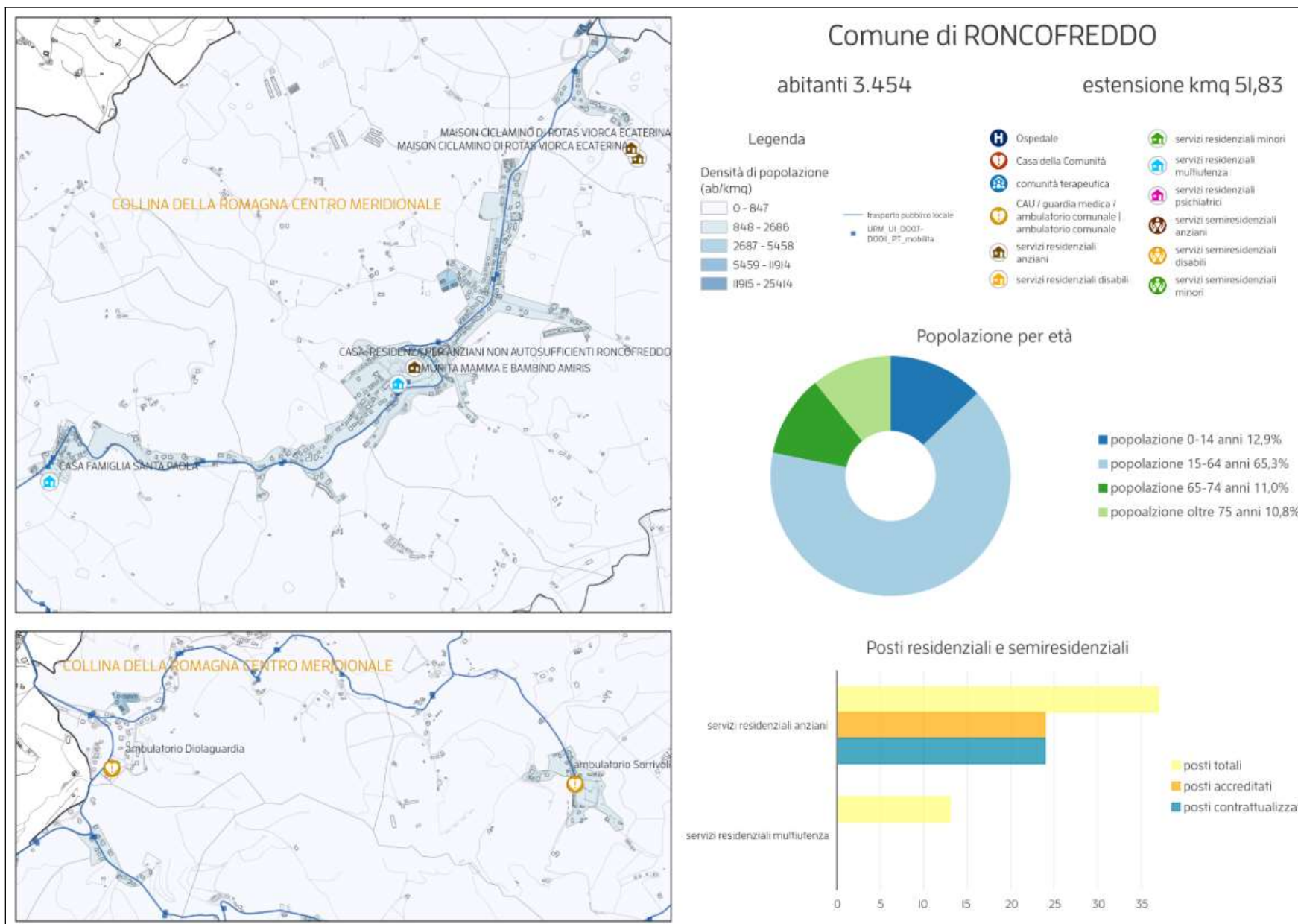
Popolazione per età

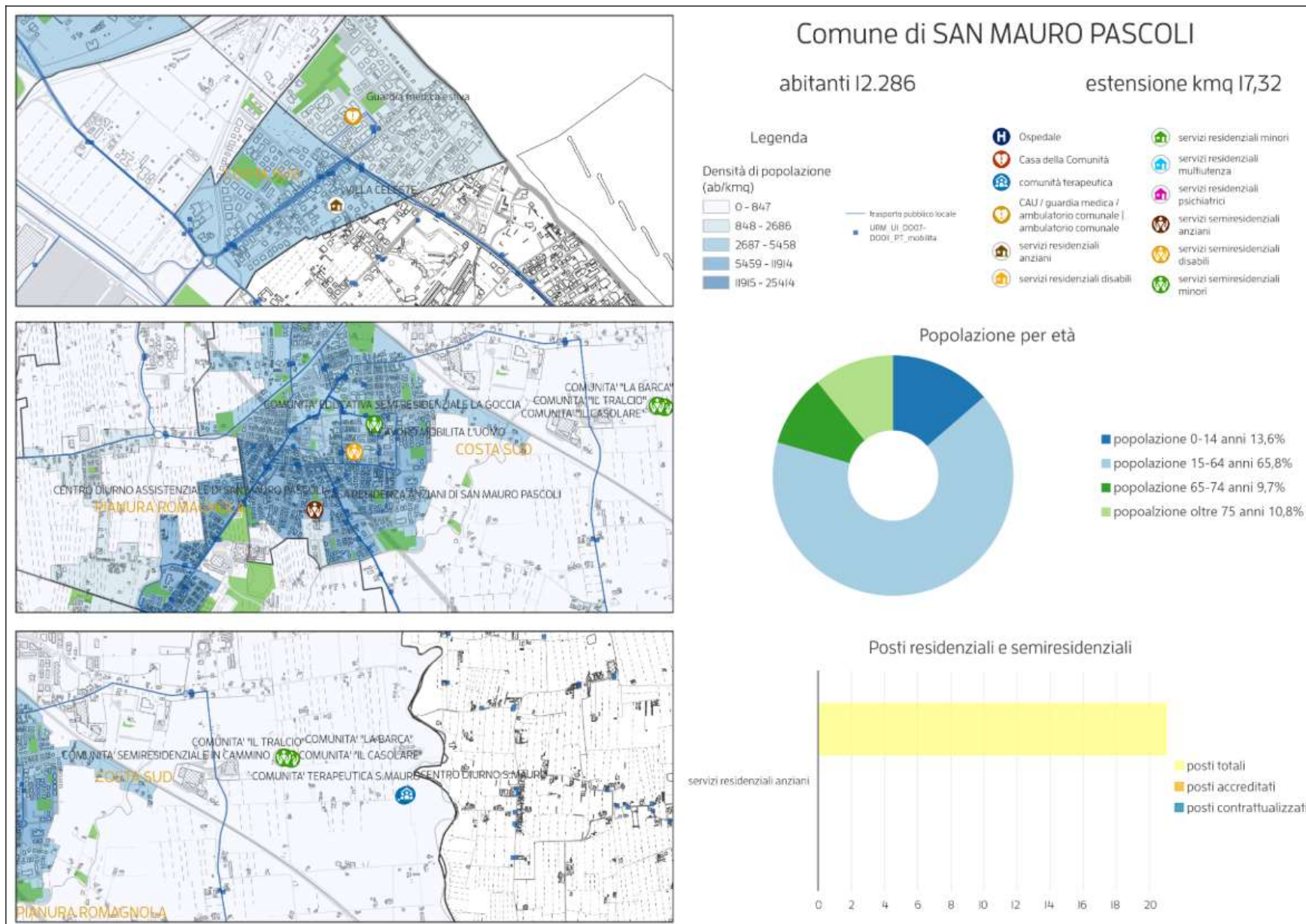


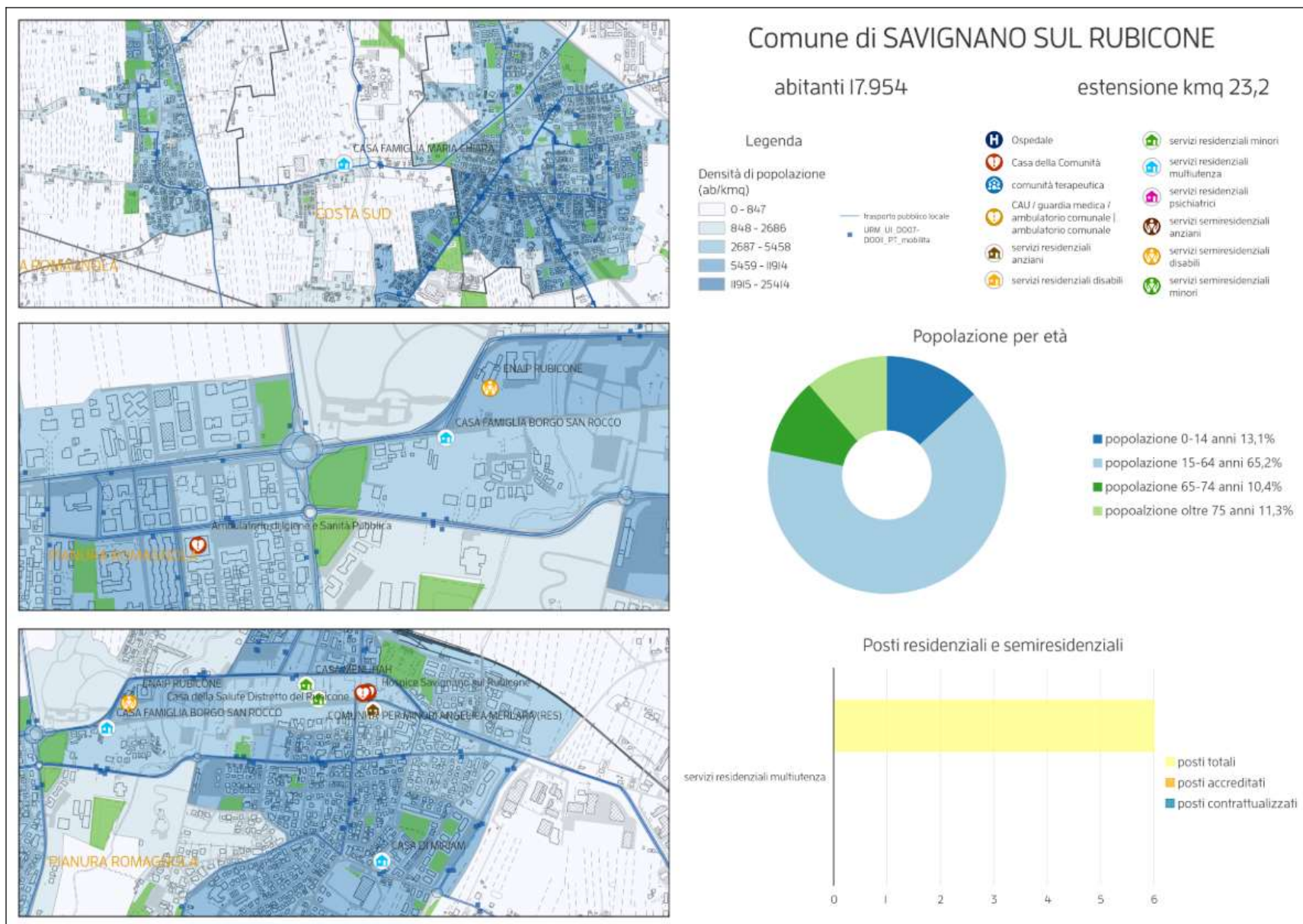
Posti residenziali e semiresidenziali

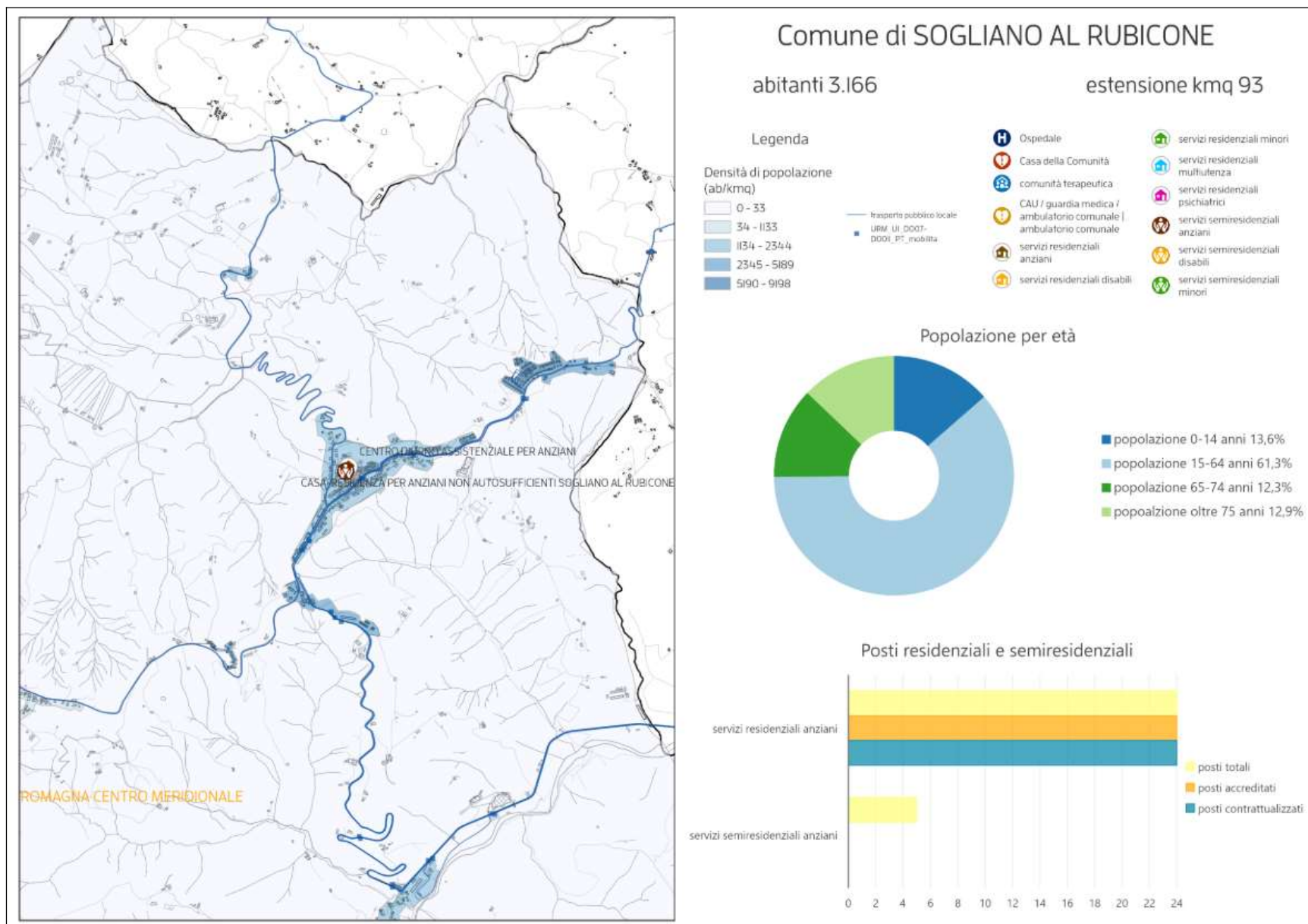












CAP 1. AREA ANZIANI

1. I servizi esistenti: ANALISI DOMANDA/OFFERTA

1. L'andamento dell'offerta dei servizi residenziali

La tabella sottostante mette in evidenza il trend del convenzionamento dei posti adibiti alla residenza nel distretto Rubicone dell'occupazione dei posti da parte dei cittadini residenti nel distretto.

	STRUTTURE	posti convenzionati	di cui sollievo	cittadini inseriti	in strutture del distretto
2021	CRA	259	5	352	1
2022	CRA	259	5	438	1
2023	CRA	259	5	447	1
	TOT	777	15	1237	3

Percentuale copertura posti su popolazione anziana residente

	% POSTI SU POP ANZIANA RES.
2021	2,57
2022	2,51
2023	2,47
2024	2,42

La percentuale di copertura ha subito , a causa di un progressivo aumento del numero degli anziani , e di scelte programmatiche che hanno mantenuto inalterato il numero di posti contrattualizzati, dando priorità agli interventi domiciliari , privilegiando così servizi a supporto della permanenza al domicilio in luogo dell'istituzionalizzazione , un leggero decremento della percentuale di copertura dei posti sulla popolazione residente ultra75enne.

Analisi domanda per ingresso in CRA lunga assistenza al 31 luglio 2024

RESIDENZA ANZIANO	TOT.	Ospedale	Domicilio
Borghi	8	0	8
Cesenatico	67	1	66
Gambettola	20	1	19
Gatteo	19	1	18
Longiano	21	2	19
Roncofreddo	10	0	10
S.Mauro Pascoli	39	2	37
Savignano sul R.	48	1	47
Sogliano al R.	4	0	4
Totale distretto Rubicone	236	8	228

1.1 Offerta Residenziale Posti letto a contratto di servizio per 1000 abitanti anno 2024

ANALISI offerta	
RUBICONE	3,25
PROVINCIA FC media	4,67
ROMAGNA media	4,35
Regione Emilia Romagna media	4,07

Fonte : Report ER home (dato provvisorio)

1.2 Offerta Residenziale Posti letto accreditati per 1000 abitanti anno 2024

ANALISI offerta	
RUBICONE	4,85
PROVINCIA FC media	5,46
ROMAGNA media	4,9
Regione Emilia Romagna media	4,75

Fonte : Report ER home (dato provvisorio)

ANALISI OFFERTA DISTRETTO RUBICONE					
STRUTTURA	Posti al 30 novembre 2024				
	Autorizzati	ACCREDITATI	A CONTRATTO	Di cui DGR 2068	Di cui di sollievo
CRA CESENATICO	44	44	37	/	/
CRA A. FRACASSI GATTEO	18	18	17	/	/
CRA S. Antonio A. Roncofreddo	25	24	24	/	/
CRA SAN MAURO PASCOLI	83	83	75	1	3
CRA SAVIGNANO S/R.NE	40	36	29	/	/
CRA BORDONE MACARIO SOGLIANO	24	24	24	/	/
CRA IL CASTELLO - LONGIANO	106	75	66	12	2
TOTALE	340	304	272	13	5

2. L'andamento dell'offerta dei servizi residenziali diurni

La disponibilità dei posti di centro diurno ha visto negli anni un leggero incremento in conseguenza alla forte spinta alla domiciliarità che il distretto Rubicone ha voluto dare alla rete dei servizi per anziani. Tale intenzione è stata in parte contrastata dalla mancata riapertura del CD anziani c/o la struttura Il Castello di Longiano, che a seguito della pandemia e dell'impossibilità di riapertura, a causa di problemi strutturali e alla promiscuità dei locali con la CRA, non ha riavviato il servizio a tutt'oggi. Il Comitato di distretto ha per compensare in parte la mancata riapertura del CD Il Castello di Longiano, contrattualizzato 5 posti complessivi negli altri due CD del territorio, contrattualizzando così tutti i posti accreditati. Anche il servizio di assistenza domiciliare, come sotto dettagliato, ha visto un incremento di ore significativo.

ANALISI OFFERTA distretto RUBICONE			
STRUTTURA	POSTI al 31/07/2024		
	AUTORIZZATI	ACCREDITATI	a contratto
CD CESENATICO	22	22	22
CD SAN MAURO PASCOLI	20	20	20
CD SOGLIANO a/R.ne	5	0	0
CD IL CASTELLO - LONGIANO	20	10	0
TOTALE	67	52	42

2.1 Domanda e Offerta centri diurni

ANALISI DOMANDA e OFFERTA	
UTENTI INSERITI NEL 2023	58
GIORNATE ACCOGLIENZA 2023	8572
LISTA ATTESA 31/07/2024	58
USCITI IN CORSO D'ANNO 2023	23

Fonte: Banche dati FAR e SDO, Regione Emilia-Romagna

PARAMETRI COMPARATIVI

Servizio Semi -Residenziale (CD anziani) offerta

ANALISI offerta			
	Tasso utilizzo standardizzato 1000 abitanti	utenti inseriti anno 2023	giornate assistenza anno 2023
RUBICONE	0,56	58	8572
PROVINCIA FC	0,44	185	27448
ROMAGNA	0,42	748	79650
Regione Emilia Romagna	0,71	5159	481633

Fonte: Banche dati FAR e SDO, Regione Emilia-Romagna

3. La natura dei soggetti gestori di servizi per anziani accreditati nel distretto Rubicone

Tipologia servizio	Soggetti Gestori	Natura giuridica	Titolarità giuridica dell'immobile
CRA	CRA Cesenatico Coop. In Cammino	Cooperativa sociale	I beni strumentali , comprensivi dell'immobile , sono di proprietà del Comune di Cesenatico , concessi in affitto al gestore accreditato . La responsabilità gestionale unitaria è garantita dal soggetto accreditato
	CRA San Mauro P.li ATI Coop L'Aquilone / Coop. Nemesis	RTI fra coop.ve sociali	I beni strumentali , comprensivi dell'immobile , sono di proprietà dell' ASP del Rubicone , concessi in affitto al gestore accreditato . La responsabilità gestionale unitaria è garantita dal soggetto accreditato
	COLLE CARDUCCI SRL	Soggetto privato	Il soggetto gestore privato dispone sia dei beni strumentali (strutture, etc.) e delle risorse umane, garantisce la responsabilità complessiva ed il coordinamento con servizi strumentali e di supporto.
	CRA GATTEO PARROCCHIA SANT'ANGELO IN SALUTE	Onlus/Privato no profit	Garantisce che l'erogazione dei servizi socio-sanitari avvenga nel rispetto dei criteri e requisiti dell'accreditamento ed assicurino direttamente la responsabilità generale dei servizi, i rapporti con gli utenti. In ragione dello status dell'ente gestore , de4l patrimonio esistente, il gestore si avvale dell'apporto operativo di soggetti terzi privati, pur garantendo la gestione e organizzazione unitaria della produzione
	CRA Roncofreddo Coop. Società Dolce	Cooperativa sociale	I beni strumentali , comprensivi dell'immobile , sono di proprietà dell'ASP del Rubicone , concessi in affitto al gestore accreditato . La responsabilità gestionale unitaria è garantita dal soggetto accreditato
	CRA Sogliano a/R.ne Coop.va Il Cigno	RTI fra Cooperative sociali	I beni strumentali , comprensivi dell'immobile , sono di proprietà dell'ASP del Rubicone , concessi in affitto al gestore accreditato . La responsabilità gestionale unitaria è garantita dal soggetto accreditato
	CRA Savignano s/R.ne ATI Coop.va L'Aquilone /Coop.va Arcade	Cooperativa sociale	I beni strumentali , comprensivi dell'immobile , sono di proprietà dell' ASP del Rubicone , concessi in affitto al gestore accreditato . La responsabilità gestionale unitaria è garantita dal soggetto accreditato

CD	CD Cesenatico Coop. In Cammino	Cooperativa sociale	I beni strumentali , comprensivi dell'immobile , sono di proprietà del Comune di Cesenatico , concessi in affitto al gestore accreditato . La responsabilità gestionale unitaria è garantita dal soggetto accreditato
	CD San Mauro P.li ATI Coop L'Aquilone / Coop. Nemesis	RTI fra coop.ve sociali	I beni strumentali , comprensivi dell'immobile , sono di proprietà dell' ASP del Rubicone , concessi in affitto al gestore accreditato . La responsabilità gestionale unitaria è garantita dal soggetto accreditato
	COLLE CARDUCCI SRL	Soggetto privato	Il soggetto gestore privato dispone sia dei beni strumentali (strutture, etc.) e delle risorse umane, garantisce la responsabilità complessiva ed il coordinamento con servizi strumentali e di supporto.
AD	COOPERATIVA SOCIALE IN CAMMINO	Cooperativa sociale	La sede operativa è individuata c/o l'immobile di proprietà del Comune di Cesenatico , già sede della CRA e del CD di cui sopra
	ATI fra coop CAD e coop. SOCIETÀ' DOLCE	RTI fra cooperative sociali	Con sede operativa in disponibilità del gestore nel territorio distrettuale

3. Tipologia e fabbisogno potenziale distrettuale

La morfologia e il paesaggio

La lettura della morfologia e del paesaggio rappresenta il primo e indispensabile momento del percorso di costruzione delle politiche di programmazione del territorio.

I contesti paesaggistici che si riscontrano nel territorio dell'Unione Rubicone e Mare sono estremamente diversificati sia dal punto di vista strutturale/organizzativo che dal punto di vista funzionale.

L'entroterra collinare è connotato da paesaggi naturali/semi naturali dominati da ampie superfici boscate e a prati-pascoli, mentre gli insediamenti tendono ad organizzarsi in nuclei isolati o sviluppati lungo i principali crinali a partire dai nuclei storici.

I paesaggi della pianura urbanizzata si sviluppano prevalentemente lungo la via Emilia, e sono posti in diretta relazione con paesaggi agricoli produttivi dominati dalle colture a seminato intensive ed estensive e solcati da corsi d'acqua spesso fortemente alterati negli assetti morfologici e con tendenza ad assumere un mero ruolo di distribuzione irrigua.

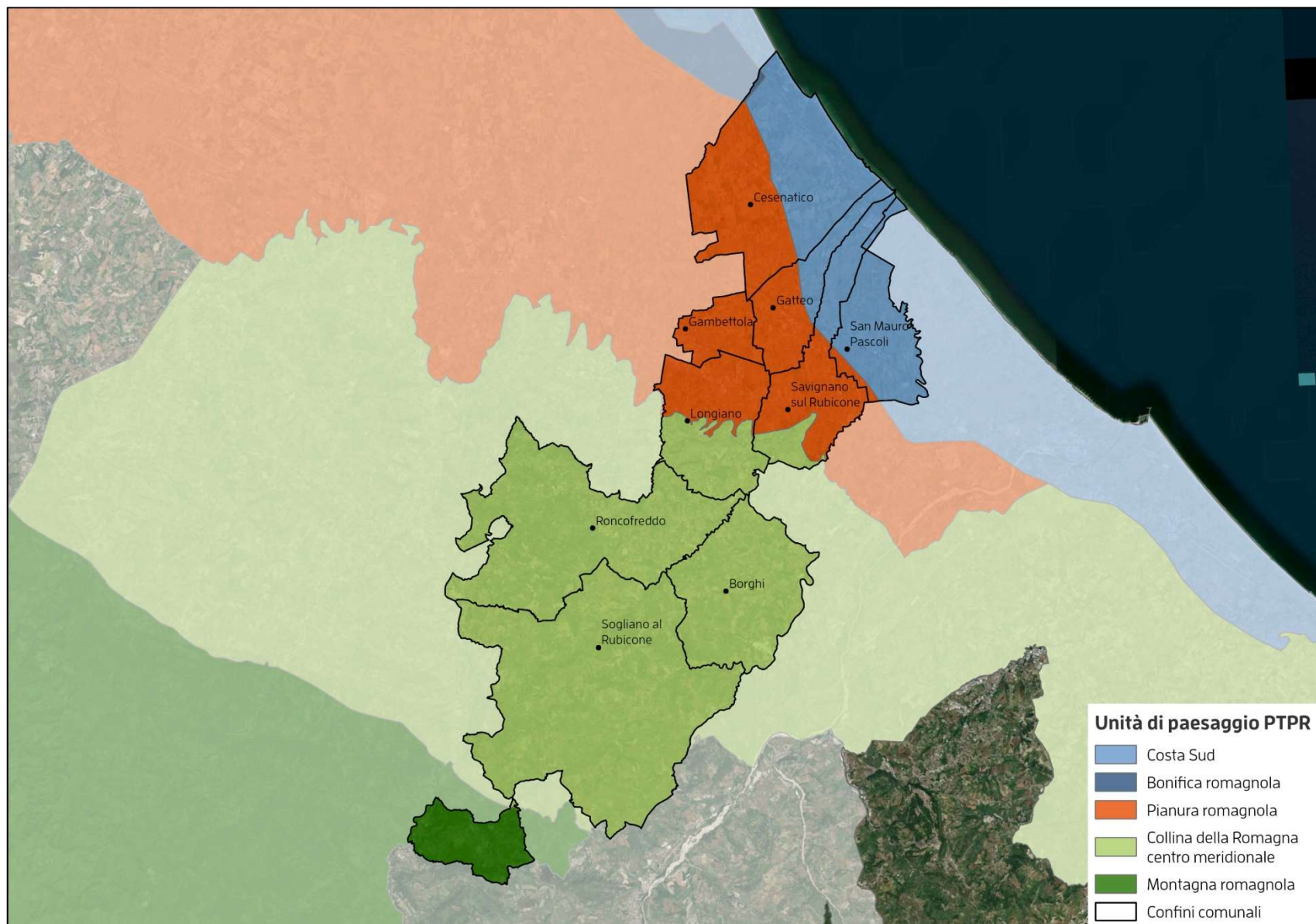
I paesaggi costieri e del turismo estivo sono caratterizzati da una struttura urbana continua e piuttosto densa sviluppata in senso parallelo alla linea di costa e dai litorali e aree di balneazione.

Si riscontra una sorta di gradiente morfologico, organizzativo e funzionale che dalla linea di costa prosegue verso l'entroterra definendo un sistema di «macro-paesaggi» che si susseguono quasi per fasce parallele.

Questo assetto risulta confermato anche dal PTPR (Piano territoriale paesaggistico regionale) della Regione Emilia Romagna che identifica le diverse Unità di Paesaggio.

Il territorio ricade in 4 Unità di Paesaggio:

- Costa Sud;
- Pianura Romagnola;
- Collina della Romagna centro-meridionale;
- Montagna romagnola.



La residenzialità per anziani

Il tema della residenzialità per anziani nel territorio distrettuale negli ultimi anni ha messo in evidenza come vi sia un aumento del bisogno di un'offerta a più alta valenza sanitaria.

Per contro i posti letto nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio sanitari, sia pubblici che privati, anche finanziati con risorse pubbliche, dopo un calo, si è nel corso degli ultimi anni sostanzialmente stabilizzata.

L'offerta di posti letto, non ha quindi tenuto il passo con l'aumento costante e consistente del numero di anziani.

Ad impattare sulla richiesta di assistenza residenziale, negli ultimi anni fra i diversi fattori, si nota la minore disponibilità economica delle famiglie legate alla crisi anche pandemica, la presenza all'interno dei nuclei famigliari di persone prive di occupazione che possono accudire la persona anziana.

La presenza di un anziano con pensione ed assegno di cura, inoltre, rappresenta una fonte di reddito non irrilevante. Nel complesso, si tratta di un insieme di fattori che durante la crisi economica e pandemica hanno spinto verso la ri-famigliizzazione del care.

A fronte anche di ciò si è assistito ad un aggravamento delle condizioni di bisogno assistenziale e sanitario di chi arriva nelle strutture residenziali.

E' notevolmente aumentata la già rilevante quota dei gravemente non autosufficienti ospiti delle strutture residenziali del territorio.

In parallelo a questa tendenza, si conferma quella che vede ricoverate persone sempre più anziane. Oramai questa area di assistenza si rivolge a ultra-ottantacinquenni.

Rilevante nell'analisi è il genere. La prevalenza delle persone residenti in presidi assistenziali è femminile.

Quindi si registra, anche in ragione della dotazione dei posti letto, una maggiore selettività per le situazioni di grave non autosufficienza con aumento delle necessità sanitarie.

L'aumento della quota di anziani gravemente non autosufficienti e l'innalzamento della loro età non può non comportare un aumento della fragilità e della presenza di disturbi neuro-cognitivi, con particolare riferimento alla demenza.

Di qui la necessità di "specializzare" l'offerta residenziale alle persone con demenza, particolarmente per coloro che hanno disturbi del comportamento.

Altresì si rende necessaria la specializzazione dell'offerta assistenziale dei malati in fase terminale e con stati vegetativi persistenti.

Il quadro che esce quindi dai dati sui servizi residenziali per gli ultra 65enni è di sostanziale conferma delle linee di tendenza degli ultimi anni.

La persona che accede alla residenza è sempre più anziana, di genere femminile, gravemente non autosufficiente, con alte necessità sanitarie e con problemi cognitivi e comportamentali.

La gestione mediata economicamente dal sistema pubblico in struttura, dopo un calo, risulta da alcuni anni stabile.

Per contro a livello generale la non autosufficienza copre un ventaglio ampio di gravità, con conseguenti richieste assistenziali molto diverse in termini di intensità. La presenza di questa eterogeneità porta a pensare a soluzioni diverse per le situazioni ove la non autosufficienza non sia totale e riguardi solo alcune delle attività della vita quotidiana, con prevalenza di quelle strumentali.

Si renderebbe necessario pertanto, accanto alla residenzialità accreditata, proprio per l'eterogeneità delle richieste assistenziali e la polarizzazione dell'offerta accreditata verso situazioni di non autosufficienza grave, attuare anche opportunità di "residenzialità leggera", all'interno di una rete di abitazioni collocate in contesti sociali prevalentemente urbani, capaci di offrire soluzioni di autonomia sostenuta, che assumono connotazioni, denominazioni e modalità di funzionamento diverse (ad esempio appartamenti o mini alloggi protetti / housing sociale, rivolte prevalentemente a persone autosufficienti o lievemente non autosufficienti, o comunità alloggio in grado di accogliere persone più bisognose di assistenza).

La spinta all'innovazione nell'ambito dell'assistenza residenziale può arrivare a toccare anche gli anziani con demenza, per i quali sono ipotizzabili interessanti progetti basati su una tipologia abitativo-residenziale meno "istituzionale" e più simile alla casa (i cosiddetti "villaggi"), centrata sulla persona e con un modello strutturale e operativo orientato a favorire la vita indipendente o sostenere le prime esigenze di vita assistita in contesti amichevoli e fortemente integrati con i normali servizi di comunità.

Si tratta di tipologie strutturali di dimensioni contenute (meno di 30 posti residenziali), riconducibili a due tipologie: strutture abitative e soluzioni di residenzialità comunitaria.

I potenziali ospiti delle soluzioni abitative sono persone di 70-75 anni al momento dell'ingresso, in genere sole e con scarsa rete parentale, autonome o semi-autonome nelle attività di base della vita quotidiana (ADL), ma con diverse compromissioni nelle attività strumentali della vita quotidiana (IADL), la motivazione del loro possibile trasferimento in queste strutture è per lo più legata all'inadeguatezza della situazione abitativa precedente.

Nelle residenze comunitarie, gli ospiti potenziali sono più spesso limitati nelle ADL e del tutto dipendenti nelle IADL, oltre che più anziani (80/85 anni), per costoro la motivazione per l'accoglienza è maggiormente legata a necessità assistenziali e a motivi di salute; rispetto al primo gruppo di ospiti essi mantengono più spesso la disponibilità/proprietà della casa precedente e per alcuni di loro potrebbe essere ipotizzabile un rientro a domicilio dopo un periodo di 3/6 mesi.

Queste nuove soluzioni per la vita indipendente integrate da servizi accessori e ben integrate nei servizi di comunità affrontano il tema della facilitazione della vita quotidiana di anziani in difficoltà soprattutto abitative e di interazione con i difficili contesti di vita urbana.

Si tratta di servizi che non hanno un ruolo specifico per gli anziani gravemente non autosufficienti, ma che certamente possono aiutare a rendere più appropriato il ricovero nelle strutture residenziali solo per coloro che richiedono una forte assistenza sanitario-assistenziale.

Le possibili ed evidenti storture che si stanno realizzando, come nel caso delle case famiglia, che ha indotto la regione Emilia Romagna, all'emanazione di specifiche Linee Guida e a recenti programmi di vigilanza , invitano ancora di più a promuovere soluzioni alternative alle Case Residenze Anziani che siano concettualmente fondate e operativamente sorvegliate.

Il riconoscimento del ventaglio di situazioni che la condizione anziana comporta, passando dalla fragilità lieve alla grave dipendenza e alla demenza, non può che riflettere la diversità delle soluzioni e delle possibilità al fine anche di finalizzare in maniera appropriata la spesa sociale .

Di particolare interesse ,come su detto, , per il carattere innovativo , sono da considerarsi alcune esperienze , denominate "villaggi" per le persone con demenza, che possono essere così riassunte:

-tipologie abitativo-residenziali che tengano conto delle necessità protesiche dell'ambiente per le persone con demenza, ma in un contesto non istituzionale e più simile alla casa, al fine di risolvere in modo più ampio e meno costrittivo possibile il problema della sicurezza, dal momento che uno spazio sicuro è la condizione che consente la libertà di movimento, evita la contenzione e riduce al minimo le necessità di sorveglianza, passiva e frustrante , per il personale ed i famigliari, promuovendo una terapia della normalità.

L'idea è quella di realizzare un vero e proprio villaggio con appartamenti e servizi comuni in cui siano previsti controlli non invasivi per monitorare i pazienti, mentre il personale, grazie ad una costante e specifica formazione, sarà in grado di riconoscere prontamente i bisogni degli ospiti e garantire interventi mirati pur nel rispetto dell'autonomia residua.

Tali ipotesi nascono dalla necessità di sperimentare nuove vie per i più fragili fra i non autosufficienti, ossia le persone con demenza. Il tema di fondo è avvicinare il più possibile la vita quotidiana di questi malati ad una dimensione normale, dove la struttura e l'organizzazione consentano di trovare la miglior soluzione a quella contraddizione fra sicurezza e libertà che caratterizza l'assistenza a queste persone. Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) sta costituendo poi una grande occasione , non solo per ripartire dopo la crisi pandemica, ma soprattutto per porre in essere una complessiva nuova strutturazione che traghetti il sistema di welfare, e non solo, verso assetti sociali più equi e coerenti con i più avanzati standard europei, verso sistemi produttivi sostenibili e verso un'amministrazione più efficace e flessibile.

Ogni investimento in questo campo, anche privato, dovrà tendere a creare nuove e più ampie opportunità.

Tale approccio sicuramente deve connaturare tutti gli investimenti e le riforme della Misura 5 (Coesione ed inclusione) e 6 (Salute), che più direttamente prevedono azioni strutturate tra le altre l'attivazione di infrastrutture sociali a favore delle persone e "fragili" e soluzioni per l'abitare (per persone con disabilità, anziani, ecc.) idonei a garantire una vita quanto più indipendente possibile.

3.1.II Fabbisogno accreditato distrettuale:

L'analisi della consistenza e della distribuzione geografica dei servizi residenziali sul territorio distrettuale è una fase necessaria per costruire il contesto, in quanto la domanda di prestazioni è fortemente condizionata dalla disponibilità , qualità ed accessibilità delle strutture e dall'offerta dei servizi residenziali e di prossimità .

Teoricamente la programmazione dell'offerta di servizi di assistenza residenziale dovrebbe soddisfare la domanda reale (bisogno di assistenza) , valorizzando anche un criterio di prossimità territoriale. Tuttavia la domanda reale è un elemento difficilmente quantificabile perché varia tra i territori in funzione dei fattori demografici, sociali, economici organizzativi, ed è condizionata dall'offerta, intesa sia come offerta specifica , ma anche come offerta di servizi di lungodegenza e mantenimento , che di servizi alternativi, in primis quelli domiciliari.

Ad oggi non sono stati individuati parametri uniformi e omogenei per la valutazione del fabbisogno di posti letto di residenzialità accreditata per anziani, anche in relazione alla variabilità della tipologia e del ruolo che tali strutture hanno assunto .

Aspetti rilevanti del modello di stima del fabbisogno per il target di assistenza considerata sono quindi la distribuzione territoriale delle strutture e dei posti letto autorizzati, accreditati ed attivati .

Le strutture distrettuali riconducibili alla tipologia CRA sono di seguito riportate :

CRA CESENATICO	44
CRA A. FRACASSI GATTEO	18
CRA S. Antonio A. Roncofreddo	25
CRA SAN MAURO PASCOLI	83
CRA SAVIGNANO S/R.NE	40
CASA RESIDENZA ANZIANI	POSTI AUTORIZZATI
CRA BORDONE MACARIO SOGLIANO	24
CRA IL CASTELLO -LONGIANO	106
Totale	340

E la distribuzione dei posti letto distrettuali è localizzata nel seguente modo:

POSTI AUTORIZZATI CRA LOCALIZZATI PER AREA GEOGRAFICA	NUMERO POSTI
Area Costiera (Comuni di Cesenatico, Gatteo. S. Mauro P.li)	145
Area Pianura (Comuni di Longiano, Gambettola , Savignano /r.ne)	146
Area montana (Comuni di Borghi, Roncofreddo, Sogliano a/R.ne)	49
TOTALE	340

AREA PAESAGGISTICA	% copertura su popolazione 75enne e oltre
Area Costiera (Comuni di Cesenatico, Gatteo. S. Mauro P.li)	2,56
Area Pianura (Comuni di Longiano, Gambettola , Savignano /r.ne)	4,29
Area montana (Comuni di Borghi, Roncofreddo, Sogliano a/R.ne)	4,69
TOTALE su intero distretto	3,18

Quadro complessivo attuale dei posti di servizi residenziali potenzialmente da accreditare (CRA e nucleo 2068)

CASA RESIDENZA ANZIANI CON NUCLEO DGR 2068	Posti accreditabili
SERVIZI A GESTIONE PUBBLICA	/
SERVIZI A GESTIONE PRIVATA IN STRUTTURE DI PROPRIETA' PUBBLICA	216
SERVIZI PRIVATI	124
DI CUI NUCLEO 2068/04	12
TOTALE	340
% copertura su popolazione ultra75enne	3,18%

La valutazione del fabbisogno distrettuale di tipo sia qualitativo che quantitativo si basa su criteri distributivi, localizzativi e organizzativi , nonché di accessibilità dei servizi .

Tenuto conto dell'ubicazione riferita ai sub-ambiti paesaggistici sopra descritti, al bacino d'utenza , che vede l'area costiera sottodimensionata rispetto alla popolazione target ed alla relativa domanda , alla necessità di qualificarne la capacità produttiva in un'ottica multiservizio e specializzata per particolare tipologia d'utenza , con particolare riferimento alle persone con gravissima disabilità acquisita , questo Comitato di distretto definisce di seguito i servizi per i quali si prevede la gestione da parte di privati in spazi/strutture di proprietà pubblica per la tipologia CRA e nucleo 2068

Quadro complessivo delle strutture di proprietà pubblica per le quali si prevede la gestione da parte di soggetti privati che si intende accreditare

Tipologia Casa residenza anziani e Nucleo DGR 2068/04	Numero posti		
	CRA	Nucleo DGR 2068/04	TOTALI
CRA CESENATICO	44		44
CRA S. Antonio Abate Roncofreddo	25		25
CRA SAN MAURO PASCOLI	59	15	74
CRA SAVIGNANO S/R.NE	40		40
CRA BORDONE MACARIO SOGLIANO	24		24
Totale	192	15	207

INOLTRE

Nelle Case-residenze per anziani non autosufficienti occorre siano previsti in maniera diffusa periodi/ posti letto utilizzabili per ricoveri temporanei, che rappresentano dei veri e propri ricoveri di sollievo per garantire un periodo di riposo alle famiglie che scelgono di assistere l'anziano a casa e di non ricorrere al ricovero definitivo, oppure che improvvisamente non possono provvedere all'assistenza per motivi di salute o altri motivi contingenti .

Il costante rischio di *burn out* ed i danni alla salute psico-fisica di chi ha un significativo carico per un lungo periodo di tempo, impone la necessità di qualificare le strutture CRA al fine di supportare in maniera flessibile i caregivers, benché la risposta alla domanda di sollievo comporti necessariamente una crescente capacità di ascolto, un confronto di esperienze, progettazione e innovazione sociale da parte dei territori.

Tali periodi di ricovero temporaneo di sollievo occorre vengano garantiti anche sui posti dedicati alle gravissime disabilità acquisiti (DGR 2068/04)

IN SINTESI

La normativa regionale che istituisce e regola l'uso del FRNA prevede l'attivazione di un numero di posti tali da garantire la copertura del 3% sulla popolazione distrettuale over 75. Con riferimento alla popolazione censita al 31/12/2023 (10704 persone), si tratta di circa 321 posti.

Considerato che nel distretto esiste attualmente un numero maggiore di posti autorizzati al funzionamento come Case Residenze Anziani (pari a n. 340 posti autorizzati, comprensivo del nucleo DGR 2068), indice di un bisogno della popolazione evidentemente superiore a quello raggiungibile con le risorse pubbliche in base alle stime della Regione, è interesse dell'ambito distrettuale accreditare l'interessa dell'offerta presente nel distretto , **indipendentemente dalla capacità di acquisto che andrà successivamente valutata.**

La scelta è motivata dal fatto che l'accreditamento offre una capacità di governo e livelli di qualità e garanzia maggiori rispetto alla sola autorizzazione al funzionamento.

3.2. Le caratteristiche delle strutture e servizi oggi esistenti con possibilità di accreditamento

<i>Tipologia servizio</i>	<i>Soggetti Gestori</i>	<i>Natura giuridica</i>	<i>Titolarità giuridica dell'immobile</i>
CRA	CRA Cesenatico Coop. In Cammino	Cooperativa sociale	I beni strumentali , comprensivi dell'immobile , sono di proprietà del Comune di Cesenatico , concessi in affitto al gestore accreditato . La responsabilità gestionale unitaria è garantita dal soggetto accreditato
	CRA San Mauro P.li ATI Coop L'Aquilone / Coop. Nemesis	RTI fra coop.ve sociali	I beni strumentali , comprensivi dell'immobile , sono di proprietà dell' ASP del Rubicone , concessi in affitto al gestore accreditato . La responsabilità gestionale unitaria è garantita dal soggetto accreditato
	COLLE CARDUCCI SRL	Soggetto privato	Il soggetto gestore privato dispone sia dei beni strumentali (strutture, etc.) e delle risorse umane, garantisce la responsabilità complessiva ed il coordinamento con servizi strumentali e di supporto.
	CRA GATTEO PARROCCHIA SANT'ANGELO IN SALUTE	Onlus/Privato no profit	Garantisce che l'erogazione dei servizi socio-sanitari avvenga nel rispetto dei criteri e requisiti dell'accreditamento ed assicurino direttamente la responsabilità generale dei servizi, i rapporti con gli utenti. In ragione dello status dell'ente gestore , del patrimonio esistente, il gestore si avvale dell'apporto operativo di soggetti terzi privati, pur garantendo la gestione e organizzazione unitaria della produzione
	CRA Roncofreddo Coop. Società Dolce	Cooperativa sociale	I beni strumentali , comprensivi dell'immobile , sono di proprietà dell'ASP del Rubicone , concessi in affitto al gestore accreditato . La responsabilità gestionale unitaria è garantita dal soggetto accreditato
	CRA Sogliano a/R.ne Coop.va Il Cigno	RTI fra Cooperative sociali	I beni strumentali , comprensivi dell'immobile , sono di proprietà dell'ASP del Rubicone , concessi in affitto al gestore accreditato . La responsabilità gestionale unitaria è garantita dal soggetto accreditato
	CRA Savignano s/R.ne ATI Coop.va L'Aquilone /Coop.va Arcade	Cooperativa sociale	I beni strumentali , comprensivi dell'immobile , sono di proprietà dell' ASP del Rubicone , concessi in affitto al gestore accreditato . La responsabilità gestionale unitaria è garantita dal soggetto accreditato

4. Programmazione dei servizi semi-residenziali per anziani

Le finalità principali dei Centri diurni sono quelle di erogare trattamenti tesi al recupero o al mantenimento dell'autonomia residua dell'assistito anche al fine di evitare o di rinviare il più possibile il suo ricovero in una struttura residenziale ed, inoltre, di sostenere i familiari caregiver nei loro compiti assistenziali permettendo agli stessi di continuare a lavorare.

Fondamentale è altresì erogare trattamenti riabilitativi ed occupazionali insieme ad attività di socializzazione e di relazione che permettano all'utente di sentirsi incluso e partecipe della vita sociale.

La collocazione all'interno di residenze socio-sanitarie ne ha marcato nel corso del tempo, però, un cambio di ruolo: da sostegno al prolungamento dell'esperienza domiciliare ad accoglienza di attesa del posto letto in CRA.

I CD integrati con le CRA, rispetto a quelli auspicabili di comunità, ma ad oggi non esistenti nel territorio, esprimono un ridotto dialogo reciproco con la comunità in senso più ampio, a cui si aggiunge la resistenza di molte famiglie e delle persone anziane stesse all'ingresso nel perimetro fisico di una Casa residenza anziani.

All'interno dei Centri Diurni anziani la presenza di persone con decadimento cognitivo è ormai molto elevata, e diventa perciò essenziale per questi servizi disegnare e garantire cure adeguate anche a persone con queste caratteristiche.

Come documentano le poche ricerche disponibili, il Centro Diurno per anziani risponde abbastanza efficacemente all'esigenza di mantenere al proprio domicilio l'anziano con perdita di autonomia, rallentandone il declino e ritardandone l'istituzionalizzazione, e anche a quella di sostenere il suo caregiver familiare e sollevarlo dall'accudimento continuo, permettendogli almeno per qualche ora al giorno di occuparsi della propria vita, sapendo l'anziano assistito da mani esperte.

Inoltre i Centri Diurni sono una risorsa molto meno costosa delle residenze per anziani, economicamente più accessibile per le famiglie e molto meno colpevolizzante, che impatta in modo più favorevole sulla qualità di vita dell'anziano.

Eppure, tali servizi sono ancora poco diffusi.

Dal punto di vista dei gestori, la necessaria qualificazione dei centri diurni, con particolare riferimento all'assistenza delle persone con demenza implicano importanti investimenti in termini di adeguatezza strutturale, di formazione del personale, di organizzazione dei servizi di supporto, ed è valutata, a fronte di margini operativi generalmente molto ridotti e a rischio, scarsamente incentivanti per gli imprenditori profit e no profit.

Stante quanto su esporto le strutture distrettuali riconducibili alla tipologia Centro diurno anziani sono di seguito riportate:

ANALISI OFFERTA distretto RUBICONE			
STRUTTURA	POSTI al 31/07/2024		
	AUTORIZZATI	ACCREDITATI	a contratto
CD CESENATICO	22	22	22
CD SAN MAURO PASCOLI	20	20	20
CD SOGLIANO a/R.ne	5	0	0
CD IL CASTELLO - LONGIANO	20	10	0
TOTALE	67	52	42

4.2. Le caratteristiche delle strutture e servizi con possibilità di accreditamento

Denominazione servizio	Comune sede del Servizio	Soggetto attuale	Proprietà immobile	titolo di godimento dell'immobile ⁽¹⁾
CENTRO DIURNO PER ANZIANI – CESENATICO integrata con CRA	CESENATICO	Coop In Cammino	Comune di Cesenatico	Affitto
CENTRO DIURNO PER ANZIANI – LONGIANO integrato con CRA	LONGIANO	RSA COLLE CARDI	Società Colle Carducci	PROPRIETA
CENTRO DIURNO PER ANZIANI – S. Mauro P.li integrata con CRA	SAN MAURO PASCOLI	ATI Coop. L'Aquila	ASP del Rubicone	Affitto
CENTRO DIURNO PER ANZIANI – Sogliano a R.ne integrata con CRA	SOGLIANO AL RUBICONE	Coop. va IL CIGNO	Comune Sogliano	Affitto

Quadro complessivo delle strutture di proprietà pubblica per le quali si prevede la gestione da parte di soggetti privati che si intende accreditare

Tipologia CENTRO DIURNO ANZIANI	Numero posti
CD CESENATICO	22
CD SAN MAURO PASCOLI	20
CRA BORDONE MACARIO SOGLIANO	5
Totale	47

Visto l'aumento nel corso degli ultimi anni delle patologie legate alla degenerazione cognitiva delle persone anziane e lo sviluppo che in questo distretto stanno avendo attività diurne a sostegno del domicilio a favore di persone affette da demenza senile e patologie ad essa assimilabili, nell'arco del quinquennio di validità dell'accREDITAMENTO verrà valutata la possibilità di avviare le procedure per l'accREDITAMENTO di un nucleo specialistico di assistenza semi-residenziale, anche di livello sovra.-distrettuale. Si ritiene strategico l'accREDITAMENTO di almeno tre poli erogativi, valorizzando anche in questo caso e a maggior ragione il criterio di prossimità territoriale, con particolare riferimento alle aree paesaggistiche, già sopra descritte (Costa, Pianura, Collina -Montagna).

Analogamente alle Case-residenze per anziani non autosufficienti occorre siano previsti periodi utilizzabili per inserimenti temporanei, che rappresentino opportunità di sollievo alle famiglie che scelgono di assistere l'anziano a casa e di prevenzione all'istituzionalizzazione.

IN SINTESI

Attualmente sono 67 i posti autorizzati al funzionamento presenti nel distretto per questa tipologia di servizio. Nonostante si riscontrino difficoltà, si conferma una capacità di risposta ai bisogni della popolazione anziana non autosufficiente nell'area della pianura e della costa, mentre risulta carente nell'area della collina. Anche in questo caso è pertanto interesse dell'ambito distrettuale accREDITARE l'interesse dell'offerta presente nel territorio distrettuale, **indipendentemente dalla capacità di acquisto che andrà successivamente valutata**, per garantire i livelli di qualità e la capacità del

pubblico di governare le scelte e gli sviluppi in questo ambito di intervento. Trattandosi di servizi che prevedono la frequenza nelle sole ore diurne, è strategico garantirne in luoghi facilmente raggiungibili dal domicilio.

L'offerta dovrà pertanto rispettare un'adeguata distribuzione nei diversi territori della distrettuali.

Quadro complessivo dei posti di servizi semi residenziali potenzialmente da accreditare

strutture CD	Posti accreditabili
SERVIZI A GESTIONE PUBBLICA	1
SERVIZIO A GESTIONE PRIVATA IN STRUTTURE PUBBLICHE	47
SERVIZI PRIVATI	20
TOTALE	67
% copertura su popolazione ultra75enne	0,63%

CAPITOLO 2 AREA DISABILI

Data la presenza meno consolidata di servizi residenziali rivolti alla popolazione disabile nel nostro Distretto e visto lo sviluppo a cui si è assistito negli ultimi anni e a cui si assisterà nei prossimi, stante l'aumento esponenziale di diagnosi di disabilità, soprattutto intellettiva che coinvolge i minori sin dall'età scolare, si riporta una tabella di sintesi dei servizi ad oggi esistenti e dei possibili sviluppi futuri, per passare poi all'analisi più dettagliata dell'offerta esistente sottolineando come l'accREDITAMENTO continui ad interessare i Centri Socio Riabilitativi Residenziali e i Centri Socio Riabilitativi Diurni.

Parallelamente l'offerta dei servizi residenziali e semi residenziali non disciplinati dalla DGR 514 prima e dalla DGR 1638/2024 oggi, costituiscono un'importante e consistente offerta per la popolazione disabile del territorio distrettuale, maggiormente orientata all'autonomia e alla capacitazione della persona e che è oggetto nel territorio distrettuale di autonomo e parallelo procedimento di affidamento tramite "Accordo quadro" fra più operatori appunto per i servizi di accoglienza di disabili presso strutture residenziali di livello medio e semi-residenziali (gruppi appartamento e centri socio occupazionali).

L'invecchiamento progressivo della popolazione, stante che l'età media si è allungata, coinvolge anche le persone con disabilità visto che le aspettative di vita sono aumentate.

Sono sempre di più quindi le persone che vivono una condizione di disabilità da quando sono nate o comunque da quando sono giovani o adulte, e che diventano anziane.

Con il trascorrere degli anni, cambiano i bisogni ma rimane intoccabile il diritto anche dei cittadini con disabilità ad invecchiare con dignità e ad avere delle risposte adeguate alle proprie esigenze, che non sempre coincidono con quelle di una persona "solamente" anziana.

Parallelamente come sopra citato il boom di diagnosi di disabilità dei bambini, segno anche di un cambiamento culturale, di approccio scientifico e di trasformazione delle relazioni educative, pone

con forza il tema del passaggio dall'adolescenza alla condizione adulta come momento tanto importante quanto delicato .

Un grande rischio in questo passaggio è legato innanzitutto al fatto che i giovani con disabilità perdono il riferimento di ruolo (studente) senza acquisirne uno adeguato all'età adulta (lavoratore, studente universitario, ecc.); venendo meno l'impegno personale .

Se è possibile pensare per loro alternative alla scuola, quali ad esempio percorsi formativi che consentano loro di avviarsi al mondo del lavoro o la frequenza di centri diurni, così allo stesso tempo è auspicabile pensare a un processo di distacco dalla famiglia di origine.

Affrontare il tema della vita indipendente, con particolare riferimento alla necessità di garantire quel distacco dalla famiglia di origine che prima o poi tutti i giovani devono operare, anche in funzione della naturale propensione a vivere e a costruire «la propria vita» , appare assolutamente necessario.

Tema fondamentale, diventa a questo punto la residenzialità con particolare riferimento come detto ai giovani adulti.

Le trasformazioni sociali e politiche di questi ultimi decenni, sostenendo la de-istituzionalizzazione, orientano le politiche anche sostenute con i fondi PNRR e della vita indipendente e stanno rendendo possibile e concreto il diritto, per le persone con disabilità a continuare a vivere nei luoghi contrassegnati dalla normalità della loro quotidianità (art. 23 della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità; ONU, 2006), il diritto a una vita indipendente (art. 19) e a vedersi riconosciuto il diritto a una vita privata.

La rete dei servizi per disabili è in grande trasformazione perciò , e necessita di profondi cambiamenti culturali, il minor ricorso all'istituzionalizzazione e la necessità di una risposta integrata ai bisogni socio-sanitari necessita della costruzione di reti sempre più articolate e integrate per rispondere meglio ai nuovi bisogni di autonomia e di autodeterminazione , ma anche di cure di “lungo-assistenza”.

Anche la proposta di residenzialità deve tenere conto di un progetto di vita del disabile coerente, possibilmente in continuità con l'esperienza esistenziale precedente.

Ciò nonostante le attuali reti di servizi per disabili rischiano di rispondere in modo inadeguato sia all'esigenza di autonomia dalla famiglia d'origine dei giovani adulti che dell'invecchiamento del disabile, non prevedendo servizi specifici o proponendo soluzioni improprie .

Con riferimento al disabile che invecchia si può verificare che lo stesso esca dal sistema di cure della disabilità ad impronta più pedagogica/abilitativa per entrare nella rete di servizi dedicati all'anziano non autosufficiente di tipo più sanitario-assistenziale.

L'approccio geriatrico all'anziano non autosufficiente non sempre si dimostra sufficiente ad affrontare le problematiche del disabile invecchiato, ed a garantirne la continuità di progetto di vita.

La necessità di superare la logica duale dell'approccio psico-pedagogico che privilegia l'aspetto educativo-relazionale (disabile come scolaro) piuttosto che sanitario dove si privilegia l'aspetto della cura della malattia (disabile come paziente) interroga i servizi ed il sistema in generale che dovrà impegnarsi soprattutto in termini di acquisizioni di competenze tecnico -professionali ulteriori.

La programmazione distrettuale e la comunità dei professionisti si sta concentrando in un approfondimento dei possibili sviluppi di servizi rivolti a questi “polarizzati” target di popolazione ed in particolare per i servizi a sostegno del domicilio, e a supporto dei caregivers, confermando l'impegno già assunto da tempo di potenziamento di questa tipologia di servizi in tutte le fasce di popolazione da quella anziana, a quella disabile (adulta e minore).

Le strutture distrettuali riconducibili alla tipologia CSRR e CSRD sono di seguito riportate:

TIPOLOGIA	RISORSE DEL TERRITORIO	sede del Servizio	Posti autorizzati
CSRR	Don Ghinelli	Gatteo	18
CSRD	Don Ghinelli La Rotella	Gatteo	20
CSRD	Don Ghinelli -Parsifal	Gatteo	20
CSRD	La Nuova Famiglia – D. Ce	Cesenatico	8

1. I servizi esistenti: Analisi domanda - offerta

1.1 Domanda e offerta Servizi Residenziali tipologia CSRR

CSRR			
ANALISI DOMANDA			
UTENTI INSERITI NEL 2023	29		
di cui fuori distretto	14		
ANALISI OFFERTA			
STRUTTURA	POSTI al 12/08/2009		
	AUTORIZZATI e ACCREDITATI	OCCUPATI di cui:	
		Rubicone	Altri distretti
Istituto Don Ghinelli GATTEO	18	15	3
Altri CSRR territori Cesena VS e Rimini	14	14	/

1.2 Domanda e offerta Servizi a sostegno del domicilio tipologia CSRD

CENTRO SOCIO RIABILITATIVO DIURNO			
ANALISI DOMANDA			
UTENTI INSERITI NEL 2023		42	
du cui fuori distretto		1	
ANALISI OFFERTA			
STRUTTURA	POSTI		
	AUTORIZZATI	OCCUPATI di cui:	
		Distr. R.C.	altri distretti
Istituto Don Ghinelli GATTEO	40	34	6
Fondazione la Nuova Famiglia Cesenatico	8	7	/
TOTALE	48	41	6

2. La natura dei soggetti gestori di servizi CSRR e CSRD per disabili presenti Distretto Rubicone

Tipologia servizio	Soggetti Gestori	Natura giuridica	
CSRR	Istituto Don Ghinelli	Soggetto privato	Il soggetto gestore privato dispone dei beni strumentali (strutture, etc.) e delle risorse umane, garantisce la responsabilità complessiva ed il coordinamento con servizi strumentali e di supporto .

CSRD	Istituto Don Ghinelli	Soggetto privato	Il soggetto gestore privato dispone dei beni strumentali (strutture, etc.) e delle risorse umane, garantisce la responsabilità complessiva ed il coordinamento con servizi strumentali e di supporto
CSRD	Fondazione la Nuova Famiglia	Soggetto privato /ONLUS	Garantisce che l'erogazione dei servizi socio-sanitari avvenga nel rispetto dei criteri e requisiti dell'accreditamento ed assicurino direttamente la responsabilità generale dei servizi e i rapporti con gli utenti. In ragione dello status dell'ente gestore, del patrimonio esistente, si avvale dell'apporto operativo di soggetti terzi privati, pur garantendo la gestione e organizzazione unitaria della produzione

3. Programmazione dei servizi residenziali per disabili

Dall'analisi dell'offerta e della domanda su riportata si evince che il territorio del Rubicone non soddisfa la domanda di assistenza residenziale, talché, storicamente un numero consistente di utenti, viene assistito in servizi accreditati residenziali soprattutto nel territorio contermini del distretto Cesena Valle Savio. Alcuni utenti risiedono stabilmente nei CSRR del distretto Cesena Valle Savio da prima della distrettualizzazione risalente ad oltre un decennio fa, così come alcuni utenti provenienti da altri distretti sono inseriti nell'unico CSRR distrettuale. Al fine di garantire la continuità dell'assistenza nei contesti residenziali presso i quali gli utenti vivono, non si sono operati trasferimenti nei rispettivi contesti distrettuali.

Ciononostante il fabbisogno attuale e quello potenziale dei prossimi anni di assistenza residenziale di lungo periodo e di sollievo del distretto, risulta insufficiente.

Pertanto allo stato attuale è previsto l'accreditamento di un numero di posti di Centro socio riabilitativo residenziale pari almeno a quelli ad oggi autorizzati come sotto dettagliato:

STRUTTURA	POSTI AUTORIZZATI
Istituto Don Ghinelli GATTEO	18

IN SINTESI

L'offerta attuale presente nel territorio (18 posti) è ampiamente insufficiente rispetto ai bisogni delle persone, tanto che l'utilizzo delle risorse pubbliche si è indirizzata nel tempo a reperire posti accreditati fuori distretto. Partendo dal numero di posti attualmente acquistati e tenendo conto del bisogno rilevato dai servizi sociali, sarà pertanto necessaria un'azione promozionale volta alla nascita di nuovi servizi residenziali nel territorio residenziale fino a raggiungere circa il 100% in più dei posti attualmente autorizzati. Nell'intento di perseguire tale obiettivo, sarà pertanto interesse dell'ambito distrettuale accreditare l'interesse dell'offerta presente nel distretto.

4. Programmazione dei servizi semi residenziali per disabili

Dall'analisi dell'offerta e della domanda su riportata si evince che il territorio del Rubicone non soddisfa in maniera sufficiente la domanda di assistenza semi-residenziale.

La presenza di un numero significativo di utenti provenienti da distretti limitrofi e il ricorso all'inserimento di utenti residenti nel distretto presso CSRD ubicati in distretti contermini, rafforza l'idea di un'offerta di posti di CSRD lievemente insufficiente per soddisfare il fabbisogno attuale e quello previsti nei prossimi anni.

Pertanto si prevede di accreditare per un numero di posti di Centro socio riabilitativo diurno pari a quelli ad oggi autorizzati come sotto dettagliato:

STRUTTURA	POSTI AUTORIZZATI
Istituto Don Ghinelli GATTEO	48
Fondazione Nuova Famiglia	8
TOTALE	56

IN SINTESI

L'offerta attuale presente nel distretto (56 posti) è lievemente insufficiente rispetto ai bisogni delle persone ad oggi assistite, tanto che l'utilizzo delle risorse pubbliche si è indirizzato nel tempo a reperire anche posti accreditati fuori distretto, vista la necessità di garantire la continuità assistenziale ad utenti di distretti vicini storicamente inseriti nelle strutture distrettuali. Partendo dal numero di posti attualmente acquistati e tenendo conto del bisogno rilevato dai servizi sociali, soprattutto vista la numerosità di passaggi dalla minore alla maggiore età di ragazzi con disabilità intellettiva che accederanno ai servizi nei prossimi anni, sarà necessaria un'azione promozionale volta alla nascita di nuovi servizi semi residenziali nel distretto fino a raggiungere circa il 20% in più dei posti attualmente autorizzati.

Nell'intento di perseguire tale obiettivo, sarà pertanto interesse dell'ambito distrettuale accreditare l'interesse dell'offerta presente.

CAP. 3 SERVIZI PER LA DOMICILIARITA' (SPAD)

1. Il servizio di assistenza domiciliare

Assistenza domiciliare e servizi connessi

Già a partire dal 2008 il servizio ha visto l'erogazione del servizio di assistenza domiciliare a tutti i comuni del distretto Rubicone, omogenizzando, pertanto, le risposte nei confronti di tutti i cittadini anziani e con disabilità e alle loro famiglie.

Sin da subito il servizio ha inoltre accolto le innovazioni della delibera 1206/2007 erogando diverse tipologie di prestazioni, fornite in modo integrato, prevedendo una presa in carico complessiva e integrata con un unico programma nel caso di interventi contemporaneamente socio-assistenziali e socio sanitari.

Nel territorio distrettuale da allora, con particolare riferimento all'introduzione del sistema di accreditamento di cui alla DGR 514/2009, fino ad oggi sono state investite consistenti risorse per lo sviluppo della domiciliarità, non solo attraverso il SAD (Servizio di assistenza domiciliare, consistente in OSS e/o educatori a domicilio), ma anche attraverso una pluralità di servizi e contributi aggiuntivi.

Nel 2009 la spesa complessiva di risorse pubbliche finalizzate all'erogazione di servizi di assistenza domiciliare e servizi complementari è stata di € 445.000, di cui € 120.000 a favore della popolazione disabile adulta, mentre **nell'anno 2023** è salita ad € 1.161.000, di cui € 292.000, a favore della popolazione disabile adulta, con particolare riferimento alla condizione di gravissima disabilità.

In meno di 15 anni la spesa ed i relativi volumi di attività erogata sono triplicati (+ 261%).

Tale consistente incremento si è verificato prevalentemente con riferimento alla popolazione anziani non autosufficiente.

L'assistenza domiciliare deve rappresentare uno degli obiettivi prioritari per garantire risposte appropriate alla complessità dei bisogni di salute e di assistenza emergenti.

Gli elementi oggettivi che fanno del domicilio il luogo ideale per l'assistenza e la cura dei utenti non autosufficienti, fragili e cronici sono facilmente riassumibili.

A domicilio si riducono i costi dell'assistenza, si evitano le infezioni nosocomiali che rappresentano una problematica clinica devastante per le persone fragili e, attraverso gli accessi continuativi, si riducono le riacutizzazioni dovute a una mancata o incompleta aderenza alla terapia prescritta.

Oltre ai benefici oggettivi per la persona, vale la pena evidenziare la miglior qualità di vita per l'utente, che può rimanere nel proprio contesto sociale e familiare.

Per gestire le cronicità, sono sempre più necessari nuovi approcci metodologici alla cura e all'assistenza che impongono di ripensare la sua organizzazione e la sua capacità di erogare servizi, sperimentando nuove formule basate sulla gestione integrata e multidisciplinare di percorsi assistenziali che valorizzino i contributi dei vari attori e dei vari setting assistenziali lungo il *continuum* di cura ed assistenza della persona.

A fronte, quindi, di una sempre più crescente domanda di assistenza sanitaria a lungo termine (Long term care), risulta evidente che la sfida di maggior rilievo del prossimo futuro è rappresentata dallo sviluppo dell'assistenza territoriale e dall'evoluzione dei suoi modelli di cura, di cui il domicilio rappresenta uno degli ambiti di maggior sviluppo.

L'assistenza e la cura domiciliare rappresenta oggi un pilastro del nuovo assetto dell'Assistenza territoriale definito dal DM 77.

Il PNRR ha inoltre fissato l'obiettivo di assistere a casa almeno il 10% degli over 65, portando l'assistenza domiciliare ai livelli dei principali Paesi europei. Nell'anno 2023, 1005 persone hanno fruito di servizi domiciliari, anche in regime di dimissione protetta (ospedale/domicilio) pari al 4,81 % della popolazione ultra 65 enne e pari al 9,39% della popolazione over 75enne.

In una nuova dimensione di domiciliarità che coniughi prossimità e continuità assistenziale, risulta sempre più necessario rafforzare la qualità dei servizi domiciliari, con riferimento alla centralità dell'utente e della sua famiglia nel processo di cura ed assistenza, al ruolo dell'innovazione tecnologica, per migliorare l'assistenza e la personalizzazione degli interventi anche tramite software e servizi di telemedicina.

Nonostante i positivi risultati e la capillarità territoriale raggiunti anche nel territorio distrettuale, l'attuale modello di SAD presenta alcuni limiti, non solo di carattere quantitativo e di intensità prestazionale correlata alla durata, ma anche di carattere qualitativo, con particolare riferimento alla frammentarietà e all'approccio eminentemente prestazionale, nonché alla non piena integrazioni fra interventi sociali e sanitari.

I servizi complementari a supporto anche dei caregivers e degli assistenti familiari risultano non sufficienti a fornire risposte ai bisogni crescenti e complessi degli utenti e dei loro caregivers.

Il cambiamento di prospettiva dal tradizionale modello di natura prestazionale a quello integrato di rete a sostegno della permanenza al domicilio che privilegi la dimensione del processo e la continuità e qualità di vita nel contesto sociale di appartenenza rappresenta una sfida per il sistema di welfare in senso generale, nonché viene annoverata nel PNNA 2022/2024 tra i LEPS di processo, in quanto erogati nell'ambito di un sistema di governance nel contempo istituzionale, organizzativo e tecnico professionale.

Utenti servizio assistenza domiciliare anno 2023 (solo assistenza domiciliare)

Comune di Residenza	ore erogate	Utenti
BORGHI	903	16
CESENATICO	13886	205
GAMBETTOLA	5245	61
GATTEO	3614	60
LONGIANO	4338	60
RONCOFREDDO	1501	18
S.MAURO PASCOLI	9324	92
SAVIGNANO SUL RUBICONE	14807	140
SOGLIANO AL RUBICONE	2140	22
Totale complessivo	49919	674

4. La natura dei soggetti gestori accreditati presenti Distretto Rubicone

Soggetti Gestori	Natura giuridica	Note
Coop.va Sociale In Cammino	Cooperativa sociale	Il soggetto gestore garantisce la responsabilità complessiva ed il coordinamento con servizi strumentali e di supporto , compresi pasti a domicilio. Il territorio di competenza è circoscritto al Comune di Cesenatico ove gestisce la CRA e CD anziani accreditati
ATI CAD /Società Dolce	RTI fra cooperative sociali	Il soggetto gestore garantisce la responsabilità complessiva ed il coordinamento con servizi strumentali e di supporto , compresi pasti a domicilio. Il territorio di competenza per l'utenza anziana esclude il territorio di Cesenatico , mentre riguarda servizio l'intero territorio distrettuale e il servizio educativo disabili e il dimissioni protette

5. Programmazione del servizio di assistenza domiciliare

Garantire equità di accesso all'assistenza domiciliare distrettuale , migliorarne la qualità anche valorizzando le risorse professionali costituisce uno degli obiettivi strategici che il distretto del Rubicone intende perseguire in modo sempre più stringente .

Il target rappresentato dalla popolazione residente nei comuni montani e collinari del distretto , caratterizzato da difficoltà di accesso, in cui la popolazione spesso risiede in abitazioni sparse, lontane dal centro abitato e non semplici da raggiungere anche quando le condizioni meteo sono favorevoli , necessita di particolare attenzione.

Tale popolazione talvolta è soggetta a disparità e disuguaglianze nella fruizione del diritto all'assistenza domiciliare a causa della distanza e dell'isolamento.

I punti di debolezza dell'assistenza domiciliare in queste aree possono esser facilmente intuibili, con riferimento in particolare al reclutamento di personale assistenziale per quelle aree, che avviene spesso con difficoltà da parte dei soggetti gestori , in un contesto ove il tema del reclutamento del personale risulta particolarmente critico, e inoltre il personale impiegato in questi territori spesso lamenta l'isolamento professionale .

Le problematiche sopra riportate devono essere oggetto di particolare attenzione nei documenti di programmazione sociosanitaria distrettuale , soprattutto quando si parla di servizi domiciliari, volte a limitare le cause di disparità e disuguaglianza garantendo alla popolazione residente equità d'accesso e fruizione dei servizi indipendentemente dalla area geografica di appartenenza, favorendo l'integrazione dei servizi sanitari e socio sanitari e l'instaurarsi di relazioni funzionali fra operatori sanitari ospedalieri e territoriali, al fine di ottimizzare il sistema della continuità assistenziale in tutti i processi assistenziali nei luoghi in cui questo bisogno diventa particolarmente cruciale.

Pertanto , alla luce di quanto su esposto e visti i volumi di attività erogati , si ritiene appropriato prevedere **n. 2 poli erogativi** , valorizzando anche in questo caso e a maggior ragione il criterio di prossimità territoriale, con un'attenzione anche alla efficacia ed efficienza organizzativo- gestionale dei potenziali soggetti accreditati , con particolare riferimento alle aree paesaggistiche , già sopra descritte, prevedendo aggregazioni che raggruppino da una parte i Comuni della montagna / collina con quelli del-

la pianura (Borghi, Sogliano s/r.ne , Roncofreddo , Longiano, Gambettola e Savignano a/r.ne) e dall'altra una aggregazione dei Comuni prevalentemente costieri (Cesenatico, Gatteo e San Mauro Pascoli).

IN SINTESI

Lo scarto evidente tra l'offerta attuale e la stima del bisogno, ci restituisce la necessità di promuovere la crescita di servizi che rientrino nella sfera pubblica capaci di offrire assistenza al domicilio. Nello spirito dell'accreditamento, coerente con il fenomeno che si intende affrontare, l'offerta dovrà svilupparsi non solo quantitativamente, ma anche perseguendo l'integrazione tra l'assistenza realizzata tramite l'operatore socio-sanitario e altri servizi (centri diurni, assistenti familiari, etc.)

Nell'intento di perseguire tale obiettivo, sarà pertanto interesse dell'ambito distrettuale accreditare l'interesse dell'offerta presente in grado di possedere i requisiti necessari, **indipendentemente dalla capacità di acquisto che andrà successivamente valutata.**

6 SERVIZI IN IMMOBILI DI PROPRIETA' PUBBLICA MESSI A DISPOSIZIONE DI SOGGETTI PRIVATI PER L'ACCREDITAMENTO- Riassumendo .

Il Comitato di distretto, in accordo con gli enti pubblici proprietari, dando continuità alle scelte operate nel corso degli anni, metterà a disposizione i seguenti immobili per la realizzazione di servizi da accreditare. L'individuazione dei gestori privati da accreditare avverrà a seguito di procedura di accreditamento "standard" ai sensi della DGR 1638/2024 allegato 1 comma 5, preceduta da singole procedure di affidamento in concessione /locazione degli immobili con vincolo di destinazione d'uso da parte dei singoli enti pubblici proprietari.

Le procedure riguarderanno gli immobili messi a disposizione da ASP del Rubicone , dal Comune di Cesenatico e dal Comune di Sogliano al Rubicone , indicati nell'elenco.

<i>Casa residenza per anziani (CRA) e NUCLEO DGR 2068/04</i>			
N°	SERVIZIO/STRUTTURA	Posti autorizzati	Posti da accreditare
1	Viale Magrini n. 8- Cesenatico Comune di Cesenatico	44	44
2	Piazza Matteotti 19 – Sogliano a R.ne Comune di Sogliano a/R.ne	24	24
3	Via Manzoni 19 , San Mauro Pascoli ASP del Rubicone	74	74 di cui 15 DGR 2068/04
4	Via F.lli Rosselli 1, Savignano sul Rubicone ASP del Rubicone	40	40
5	Via Trotti 2, Roncofreddo ASP del Rubicone	25	25

<i>CENTRO DIURNO ANZIANI</i>			
N°	SERVIZIO/STRUTTURA	Posti autorizzati	Posti da accreditare
1	Viale Magrini n. 8- Cesenatico Comune di Cesenatico	22	22
2	Piazza Matteotti 19 – Sogliano a R.ne Comune di Sogliano a/R.ne	5	5
3	Via Manzoni 19 , San Mauro Pascoli ASP del Rubicone	20	20