

SCHEDA PROGETTO PER L'IMPIEGO DI VOLONTARI IN SERVIZIO CIVILE IN ITALIA

ENTE

1) *Ente proponente il progetto:*

Azienda per i Servizi Sanitari n. 3 Alto Friuli

2) *Codice di accreditamento:*

NZ.03246

3) *Albo e classe di iscrizione:*

Regione FVG

4°

CARATTERISTICHE PROGETTO

4) *Titolo del progetto:*

Portare la salute più vicina al cittadino - Comunicazione sociale e promozione della salute

5) *Settore ed area di intervento del progetto con relativa codifica (vedi allegato 3):*

Assistenza – Salute 15

6) *Descrizione dell'area di intervento e del contesto territoriale entro il quale si realizza il progetto con riferimento a situazioni definite, rappresentate mediante indicatori misurabili; identificazione dei destinatari e dei beneficiari del progetto:*

Unica nella regione, l'Azienda n. 3 "Alto Friuli" ha acquisito dal 1997 da parte dei 43 Comuni di entrambi gli ambiti distrettuali del proprio territorio la delega per la gestione delle funzioni socio-assistenziali di primo livello e delle strutture diurne e residenziali per l'handicap, oltre che dei progetti speciali per l'infanzia e l'adolescenza ex legge 285/97. Tali funzioni vengono pertanto gestite raccordandole ed integrandole con le funzioni sanitarie secondo il mandato concordato annualmente con i Comuni.

Già precedentemente all'approvazione della LR 23/2004, la normativa regionale esistente, fortemente anticipatoria e, comunque, coerente con la L.328/2000, con il Piano Sociale Nazionale, con il Piano Sanitario 2003-2005 e con il D.Lgs.vo 229/99, ha dato la possibilità alla nostra Azienda di costruire un sistema di servizi sociosanitari integrato sotto il profilo istituzionale, gestionale ed operativo, al fine di garantire ai cittadini del territorio, ed in particolare ai più marginali, socialmente e

territorialmente, le condizioni di base, istituzionali ed organizzative, perché la rete integrata di interventi e servizi sociali potesse già trovare realizzazione.

D'altra parte, le peculiarità geografiche e socioeconomiche del territorio prevalentemente montano, dove la frammentazione morfologica, la bassa densità e la dispersione della popolazione, le difficoltà dei collegamenti anche in relazione alle condizioni climatiche, aggiungono criticità ai bisogni/problemi sociosanitari delle persone e delle famiglie, hanno imposto ed impongono all'Azienda un'intenzionalità organizzativa forte nel connettere responsabilità, professionalità, percorsi d'accesso ai servizi ed aggiungono significatività all'esigenza di rendere la rete dell'offerta di servizi il più aderente possibile alle caratteristiche del territorio ed alle esigenze dei cittadini anche attraverso un significativo coinvolgimento della comunità locale.

Tutto ciò nella consapevolezza che per prevenire e contrastare il disagio, promuovere salute e benessere, creare coesione sociale, è molto importante puntare sulla qualità delle relazioni, sulla dimensione relazionale a livello comunitario, sulla costruzione di legami sociali ricchi di umanità. E' pertanto strategico l'investimento sulle alleanze interistituzionali, sul no profit, sul volontariato, sulle famiglie, su tutto ciò che costruisce legame sociale.

E tutto ciò nella consapevolezza soprattutto che la possibilità di mantenere sano e vivo il tessuto sociale del territorio pedemontano e montano e di conservare la popolazione residuale dei centri e delle frazioni minori è strettamente legata anche alla conservazione di un tessuto minimo di attività e servizi per la popolazione residente.

La funzione di comunicazione sociale è evidentemente fondamentale all'interno di questo scenario.

Aspetti strutturali del contesto montano rilevanti

La diversità territoriale all'interno del contesto dei Comuni dell'Alto Friuli, diversità tra pianura, pedemontana, media e alta montagna costituisce un'importante chiave interpretativa per la lettura dei dati demografici, sociali ed economici, ed anche di quelli sanitari del territorio. Tale lettura consente di evidenziare il bisogno comunicativo (bisogno che difficilmente si tramuta in domanda, considerata la peculiarità dell'informazione /comunicazione sociale e sanitaria, e considerando che il bisogno di tale informazione è per lo più un bisogno non percepito) e di progettare dei communication planning efficaci.

Riproponiamo la ripartizione del territorio montano in tre fasce, corrispondenti a tre rispettive "graduazioni" dello "svantaggio" socio-economico definita dalla legislazione regionale (L.R. n.13 dd. 3.7.2000).

La zona "A" corrisponde alla fascia Pedemontana, comprendente i principali centri di piena fondovalle, a ridosso dei primi contrafforti montuosi e all'imbocco delle vallate (Tolmezzo, Gemona, Artegna, Osoppo) Essa viene considerata a "svantaggio basso"; è dotata di servizi e infrastrutture (scuole, sanità, trasporti, uffici...) ed è sede di attività produttive; risulta oggetto di immigrazione a partenza dai centri di alta e media montagna e nel recente passato ha goduto di veri e propri processi di sviluppo. Appartengono a questa fascia quattro Comuni, tre nel Distretto n.1 del Gemonese, Val Canale e Canal del Ferro e uno nel Distretto n.2 della Carnia.

La zona "B" corrisponde alla Media Montagna, comprende i centri abitati di fondovalle, situati all'interno delle vallate (Tarvisio, Trasaghis, Villa Santina, Arta

Terme, Ovaro...) e viene considerata a "svantaggio medio"; è un'area mista, che beneficia di alcuni vantaggi (buon sistema di collegamento stradale, alcuni servizi (scuole...) attività produttive minori (artigianato...), ma che avverte anche il primo effetto delle diseconomie di altitudine legate a minore popolazione, minori servizi, maggiori distanze, maggiori costi di trasporto. Questi centri hanno storicamente assunto un ruolo di servizio nei confronti dei Comuni di Alta montagna, ma nel tempo hanno perso terreno a vantaggio dei Comuni di fondovalle. A questa fascia afferiscono 14 Comuni, 5 nel Distretto n.1 e 9 nel Distretto n.2

La zona "C" corrisponde all'Alta Montagna, comprende i Comuni posti a maggiore altitudine e a maggiore distanza dal fondovalle (Resia, Chiusaforte, Pontebba, Paluzza, Paularo, Lauco, Forni Avoltri...) e viene considerata a "svantaggio elevato". Rappresenta la parte più vulnerabile del territorio, dove i costi residenziali elevati, la sempre minore dotazione di servizi e di attività produttive, la bassa numerosità dei centri abitati, la distanza dai centri di fondovalle, unita alla bassa dotazione di servizi pubblici di trasporto e alla natura montana dei percorsi stradali hanno nei tempi recenti portato al progressivo spopolamento e talora all'abbandono di intere frazioni e località geografiche. Questa fascia comprende 24 Comuni, 7 nel Distretto n.1 e 18 nel Distretto n.2.

La comunicazione sociale in questo contesto, in particolare nelle zone B e C, deve necessariamente utilizzare strumenti e metodi diversi rispetto alla zona A, pena la costruzione di un "information gap", che aggraverebbe vieppiù le differenze fra le zone, penalizzando i più svantaggiati. Una comunicazione sociale attenta evita altresì il fenomeno del "Digital Divide".

Indicatori demografici e sociali. Periodo 1997-2003

Evoluzione demografica

Nel periodo considerato la Regione ha registrato un incremento complessivo di popolazione residente pari al 1,51 %. Tra le Aziende sanitarie regionali la crescita maggiore è stata registrata dall'area Pordenonese (+6%), seguita dalla Bassa Friulana, dal Medio Friuli e dall'Isontina. Solamente l'Alto Friuli (-2,9%) e l'area Triestina (-3,28%) hanno registrato una diminuzione di popolazione. In Alto Friuli l'Alta montagna ha perso in sette anni il 5,74% dei suoi abitanti, la Media montagna il 2,97% e la pedemontana solo lo 0,14%.

Composizione per classi d'età

La piramide di età che si ottiene scomponendo la popolazione per classi quinquennali, ha l'aspetto "a mitria" con base stretta e parte centrale ampia sino alle classi anziane, tipica di tutta la società nordeuropea, in cui la diminuita propensione ad avere figli comporta che le classi oggi genitoriali non hanno alle spalle un ricambio generazionale di pari numerosità, bensì di numero quasi dimezzato. Contemporaneamente la salute delle classi più anziane e la loro speranza di vita risultano migliorate rispetto al passato, perciò sta crescendo il numero degli anziani e dei grandi anziani, e ciò in particolare per le donne, che dopo i 65 anni dimostrano una sopravvivenza nettamente superiore agli uomini.

Confrontando le diverse aree, le piramidi di età si differenziano per una maggiore presenza relativa delle classi giovani-medie in Pedemontana e Media montagna, mentre in Alta montagna vi è un maggior peso relativo di anziani e uno inferiore di bambini.

Anche se più rappresentati, tuttavia, nell'Alta Montagna gli anziani sono meno

longevi che in Pedemontana (analisi dell'età media).

Analisi dei saldi demografici

I fattori che fanno evolvere le popolazioni, dal punto di vista demografico, sono da un lato i saldi naturali (differenza tra le nascite e le morti) e dall'altro quelli migratori (differenza tra immigrati ed emigrati). In alto Friuli il saldo naturale è costantemente negativo da diversi anni, principalmente per la bassa natalità che non riesce a compensare la pur diminuita mortalità. La media annua del saldo naturale nel periodo considerato è stata di -169 residenti nel Distretto n.1 e di -232 residenti nel Distretto n.2.

Il contributo dovuto al saldo migratorio, in Alto Friuli, risulta minimo, ovvero di 9 residenti all'anno per il Distretto n.1 e 14 per il Distretto n.2 (medie annue).

Non appare pertanto verosimile che l'immigrazione possa costituire in Alto Friuli, almeno nel breve periodo, un valido contrasto allo spopolamento.

Tutt'altre considerazioni, invece, si possono ricavare dall'analisi dei saldi migratori "interni", ovvero tra i diversi Comuni del territorio.

Nel settennio considerato hanno perduto residenti generalmente i Comuni dell'Alta montagna e li hanno acquistati i Comuni della Pedemontana e anche della Media montagna. Per effetto di questa immigrazione interna taluni Comuni (Trasaghis, Artegna, Osoppo, Venzona, ed anche Socchieve, Preone, Villa Santina, Verzegnie, Amaro e Arta Terme) hanno registrato incrementi di popolazione residente, a dispetto del saldo naturale, sempre negativo, mentre altri (Pontebba, Chiusaforte, Lauco, Prato Carnico, Paularo, Forni di Sotto e di Sopra, Rigolato, Ovaro,...) hanno perduto con l'emigrazione quasi altrettanta popolazione che con la mortalità.

Infine si constata che le frazioni "migranti" della popolazione sono quelle di età giovane-adulta, cosa che ulteriormente impoverisce le possibilità di risorse assistenziali e sociali e di ricambio generazionale dei territori di partenza, che tendono perciò ad invecchiare ulteriormente (divaricazione strutturale crescente tra popolazioni dei diversi territori).

Andamento della natalità e della fecondità

La mortalità è un fenomeno legato soprattutto all'età e perciò anche alla composizione delle popolazioni. Non subisce, salvo che per una sua parte e lentamente nel tempo, come più oltre descritto, l'effetto di modifiche culturali e socioeconomiche. E' quindi un fenomeno relativamente stabile e prevedibile.

L'altro elemento che determina il saldo naturale della popolazione, cioè la natalità, è invece soggetto a condizionamenti ben diversi da parte del contesto socioeconomico e culturale.

L'analisi della natalità (n. nascite annue ogni 1000 residenti) ha evidenziato che questa, in Alto Friuli, come nell'insieme dei Paesi Occidentali, è quasi dimezzata rispetto al periodo del cosiddetto "baby-boom", attorno agli anni '60 e '70.

Inoltre in Alto Friuli, nell'ultimo settennio, essa tende a crescere meno che nelle altre aree della Regione, eccetto che in quella Triestina, oltre ad avere un andamento piuttosto discontinuo, nel tempo, specialmente per l'area della Media montagna.

Indici di invecchiamento e di dipendenza

Dall'esame dei due classici indicatori di struttura della popolazione si ricava che in

generale l'Alto Friuli si colloca nei valori medi regionali.

Tuttavia, nel tempo, questo territorio è l'unico in Regione, con la Bassa Friulana, a vedere un continuo incremento dell'indice di invecchiamento (rapporto tra anziani >65 anni e bambini sotto i 14 anni).

La popolazione sta cioè progressivamente squilibrandosi a svantaggio delle classi più giovani, che dovranno sostenere gli oneri produttivi ed assistenziali nel futuro.

Osservando la situazione all'interno del territorio, si può verificare che il maggiore squilibrio si registra nei Comuni di Alta montagna, mentre le situazioni migliori appartengono ai Comuni più popolosi e di fondovalle.

L'indice di dipendenza, specialmente quello relativo alla componente "senile", ovvero il numero di anziani (>65 anni) rapportato al numero delle persone "in età lavorativa" (15-64 anni) è invece un sensibile indicatore del "carico assistenziale e sociale" che la popolazione attiva si trova a sostenere.

Anche questo parametro, pur essendo l'Alto Friuli in media regionale, presenta una distribuzione di valori direttamente proporzionale alla perifericità e al grado di svantaggio del Comune. Se la media regionale e Aziendale dell'indice di dipendenza senile è di circa il 32%, ovvero di un anziano ogni tre adulti, si osserva come in Comuni come Tolmezzo, Gemona, Tarvisio, Villa Santina, Sutrio, Osoppo..., esso è anche di molto inferiore al 30%, mentre, all'opposto, in Comuni come Cavazzo, Cercivento, Paluzza, Forni di Sotto, Comeglians, Prato Carnico, Socchieve, Resiutta... esso supera il 40%, per arrivare a oltre il 50% (un anziano ogni 2 adulti) a Dogna, Preone e Rigolato. E' evidente la disparità di condizione, che, viste le dinamiche migratorie e naturali già esaminate, tende ad accentuarsi nel tempo.

Indicatori economici ed occupazionali.

Unità locali di imprese ed addetti

Questa parte dell'analisi è dedicata all'esame della congiuntura economica che ha segnato il territorio dell'Alto Friuli, dal censimento dell'industria e dei servizi dell'anno 1991 a quello del 2001, confrontando anche i dati relativi alla Regione nel suo insieme e alle diverse Province del Friuli Venezia Giulia.

Un primo dato riguarda il complesso della Regione, che ha visto un incremento complessivo di addetti (+7%), dove la provincia di Pordenone ha segnato gli incrementi maggiori (+18,3%) seguita da Udine (+5%) e Gorizia (+3%). triere invece ha mostrato un calo di addetti (-3,5%).

Il dato dell'Alto Friuli si attesta su una diminuzione di addetti pari all'1,2%, ma con profonde differenze tra i due Distretti: +9% per in Distretto n.2 e -11% per il Distretto n.1. Bisogna subito osservare che i dati si riferiscono al 2001, mentre la fase più acuta della crisi imprenditoriale e occupazionale del recente periodo ha avuto luogo a partire dal 2003. E' pertanto presumibile che alla data odierna anche il Distretto n.2, a causa della crisi del polo industriale e artigianale di Tolmezzo abbia risentito della drammatica perdita occupazionale che si era già manifestata nel Distretto n.1 a seguito principalmente della riconversione/chiusura delle attività doganali e della crisi manifatturiera.

L'esame dei dati per grande branca di attività economica ha messo in luce che la crisi ha colpito innanzitutto i settori delle manifatture di base e dell'agricoltura, quelli preponderanti per numero di addetti, anche se in modo più marcato nel Distretto n.1, dove già nel 2001 si risentiva, ad esempio, della difficile situazione del

settore cartario (Moggio Udinese). Il secondo settore in termini di importanza numerica, ossia quello del commercio e del turismo/ristorazione presenta un calo occupazionale che va dal 3% del D2 all'8% del D1. Ma la crisi si manifesta con forza nel tradizionale settore delle costruzioni, il terzo per importanza, dove la perdita di addetti supera il 20%.

Nel Distretto n.1 segna inoltre una marcata crisi (-39%) anche il settore dei trasporti e delle comunicazioni.

I settori in espansione, anche se ancora non con numero di addetti paragonabile a quelli già menzionati, sono quello dei servizi (scuola, sanità...), quello delle attività immobiliari, professionali ed imprenditoriali e quello dell'intermediazione monetaria e finanziaria.

Si assiste quindi nel complesso a una profonda trasformazione dell'assetto occupazionale dell'Alto Friuli, che vede diminuire gli addetti nei grandi settori tradizionali (primario e industria-trasformazione), mentre pare "tenere" o lievemente svilupparsi nei settori dei servizi e del terziario, anche avanzato. Il tutto, peraltro, con una risultante di addetti in progressivo –e preoccupante- decremento.

Domanda/ricerca occupazionale

Il riflesso più immediato di questa dinamica si può registrare sul versante della cosiddetta "disoccupazione" oggi meglio riconducibile nel concetto di "disponibilità al lavoro", ovvero della domanda di occupazione che emerge dal territorio attraverso i "Centri per l'impiego", che hanno sostituito i precedenti "Uffici di collocamento" a partire dal 2003.

I dati si riferiscono a questo solo anno, e si articolano per le tre aree di Tolmezzo, Pontebba e Gemona, offrendo informazioni sulla tipologia di richiedente, (disoccupato, sottoccupato o inoccupato), tempo trascorso dall'ultimo lavoro retribuito e titolo di studio/livello di scolarità, oltre che l'appartenenza al genere maschile o femminile.

A differenza dalla situazione degli Uffici di collocamento, la presenza nelle liste implica che il richiedente sia effettivamente disponibile a prendere servizio qualora venisse individuata un'offerta di lavoro da parte del Centro. Non è quindi più possibile che l'iscrizione fosse diretta ad ottenere la mera attestazione di "stato di disoccupazione", connesso alla fruizione di benefici e sussidi, senza dover necessariamente sfociare in una concreta disponibilità all'impiego.

Innanzitutto si rileva che, in modo abbastanza analogo tra i tre Centri, la parte preponderante (circa il 60%) dei lavoratori disponibili è disoccupata, perciò ha già avuto e concluso precedenti esperienze occupazionali. Seguono per persone in cerca di prima occupazione (inoccupati) – circa il 30% - e, infine coloro che intendono migliorare il loro attuale livello occupazionale (sottoccupati) – circa il 10%.

Una importante differenza tra i Centri, legata al genere, consiste nel fatto che nell'area del Gemonese, contrariamente alle altre due, la maggioranza di richiedenti sono donne.

Tempo dall'ultima occupazione

La durata della disoccupazione è un elemento di grande importanza, nell'economia di una società, e nella trasformazione del mercato del lavoro. Dai dati a disposizione emerge che in realtà l'aumentata "flessibilità" del lavoro si traduce in attese di rioccupazione lunghe, nei due terzi dei casi superiori ad un anno. E solo in un quarto

dei casi inferiori ai tre mesi, in tutte le aree considerate.

Titolo di studio, genere ed età

Alle liste di disponibilità al lavoro sono generalmente preponderanti gli iscritti con titolo di studio elementare o medio inferiore (50%), seguite dai diplomati (30%) ed infine da laureati e lavoratori senza alcun titolo di studio.

Considerando le richieste di lavoro per classe di età si apprende che le maggiori iscrizioni attengono alle classi giovane e media (20-39 anni) sia per gli uomini che per le donne. Tuttavia sono anche assai consistenti le classi d'età tra i 40 e i 64 anni, dove risulta assai più difficile la ricollocazione al lavoro.

Per quanto riguarda il genere, come già osservato, nell'area del Gemonese la richiesta di lavoro femminile, specialmente nelle classi giovani, è assai preponderante rispetto a quella maschile, contrariamente a quanto accade nell'area di Pontebba e in quella di Tolmezzo, dove le donne richiedenti lavoro prevalgono sugli uomini solo nelle classi d'età elevate.

Mobilità

Il concetto sopra esposto trova conferma nell'andamento della mobilità ovvero i lavoratori licenziati per giustificato motivo, ammessi a fruire di ammortizzatori sociali, tra il 2000 e il 2003, nei tre Centri e per genere.

In tutti i casi, sino al 2002 le donne in mobilità superavano il numero degli uomini. Solamente con il 2003 si è assistito, e limitatamente a Tolmezzo e Pontebba, ad un'impennata della mobilità maschile, connessa alla crisi delle industrie locali manifestatasi a partire da quell'anno.

Quanto affermato indica che la situazione occupazionale in Alto Friuli, già critica in merito all'offerta complessiva di lavoro, e maggiormente percepita dalle donne, ha cominciato nell'ultimo periodo a manifestare segnali di forte precarietà anche per i maschi, indicando un preoccupante trend involutivo che minaccia il contesto socioeconomico del territorio.

Indicatori sanitari del bisogno di salute: la mortalità e gli anni di vita persi

Tra i numerosi possibili indicatori sanitari in grado di descrivere il bisogno di salute, ad esempio la prevalenza delle malattie o della disabilità, o di determinate patologie genetiche, infettive o croniche, o mentali, la scelta di ricorrere alla mortalità è dovuta ad una serie di motivi.

Innanzitutto la certezza, la qualità, la completezza e la disponibilità del dato, che nella nostra Regione confluisce nell'archivio regionale delle cause di morte (una duplicazione del flusso verso l'ISTAT), e che è disponibile come informazione correntemente aggiornata sul sistema informativo sanitario regionale, sin dall'anno 1989.

A differenza di quelli sulla mortalità la gran parte degli altri tipi di dato non può infatti contare su un sistema di registrazione completo e omogeneo, dovendosi stimare perlopiù su base campionaria e con grandi oneri di raccolta ed elaborazione.

Peraltro i sistemi di registrazione corrente (e informatizzata) di numerose altre variabili sanitarie stanno rapidamente trovando implementazione in questi anni, nella nostra Regione, potendosi pertanto prevedere a non lungo termine anche la disponibilità, ad esempio, di dati completi sulla disabilità o il bisogno di assistenza.

Senza ripercorrere l'intero iter dell'analisi, attraverso la mortalità assoluta, i tassi grezzi e standardizzati per tutte le cause, la mortalità precoce e la mortalità evitabile, vengono qui riproposti i risultati dell'analisi della mortalità evitabile (confronti spaziali e temporali) effettuata per ciascun genere (maschi e femmine) con il metodo del calcolo degli anni di vita persi (la differenza tra l'età di ciascun deceduto e l'aspettativa di vita media di un individuo di quell'età), metodo che rende conto sia della numerosità che della precocità delle morti. Ciò nel presupposto che una morte "precoce" potesse essere in qualche misura evitabile e sia pertanto un indice di "bisogno di salute".

La lettura in termini di bisogno di salute si arricchisce inoltre dal confronto nello spazio (aree regionali con maggiore o minore mortalità evitabile indicano un maggiore o minore bisogno di salute), ovvero nel tempo (un incremento o un decremento della mortalità evitabile nel tempo indicano un peggioramento o un miglioramento delle condizioni di salute della popolazione).

Naturalmente i confronti tra popolazioni tra loro diverse per struttura di età sono resi possibili attraverso procedure di standardizzazione per età.

L'analisi della mortalità evitabile in Alto Friuli, per il sesso maschile, mette in evidenza che la nostra popolazione registra per gli uomini, nella maggior parte delle classi di età, i valori di gran lunga più elevati in Regione. Sull'intera popolazione maschile i valori medi variano dal +18% (quinquennio 1994-1998) al +11% (quinquennio 1999-2003), rispetto alla media regionale. Ciò vale a dire che in Alto Friuli gli uomini perdono anni di vita per cause evitabili di morte per il 18% di più che nel resto della regione, e ben per il 24% di più che nell'area con il valore migliore (Friuli Occidentale), e che questa differenza non dipende da differenze di età tra le popolazioni.

Tuttavia, si registra anche l'incoraggiante evidenza che il divario dalla media regionale si sta rapidamente riducendo (da 18 a 11% in un quinquennio), segno che sono già in opera meccanismi di miglioramento e recupero del "gap" di salute.

Per le donne, invece lo scostamento dalla media regionale è assai più contenuto (+2%), ma, al contrario degli uomini, non tende a cambiare nel tempo.

Analisi ed evoluzione della mortalità evitabile all'interno del territorio aziendale

Considerate le profonde differenze cui in precedenza si è fatto riferimento, in termini di struttura socioeconomica e di popolazione all'interno del territorio aziendale, tra Alta, Media e Bassa montagna, l'analisi della mortalità evitabile ha indagato se anche questo fenomeno (indice del bisogno di salute) fosse correlato al livello di "svantaggio" dell'area.

Sono per semplicità stati aggregati da un lato i Comuni a maggior numerosità di abitanti (Gemona, Tolmezzo e Tarvisio) e dall'altro i restanti Comuni, nessuno dei quali superava i 5000 residenti, e sono stati calcolati i tassi standardizzati di anni di vita persi, in ciascuno dei due ultimi quinquenni.

I risultati hanno evidenziato in entrambi i sessi una spiccata differenza tra aree "urbane" e aree "periferiche", quantificabile, per gli uomini, tra il +28% (1994-1998) e il +18% (1999-2003), a svantaggio delle aree periferiche. Inoltre le aree "urbane" si trovavano, in entrambi i periodi, lievemente al di sotto della media regionale.

Per le donne, pur se di dimensioni più contenute, si rileva ancora una differenza tra aree periferiche ed urbane, pari a +12% /+4% nei due periodi quinquennali considerati. Peraltro si rileva anche come per le donne che vivono nei centri urbani si sia passati da una mortalità evitabile inferiore di quasi il 7% rispetto alla media regionale nel primo quinquennio ad un valore prossimo ad essa nel quinquennio più recente.

Volendo trarre alcune considerazioni riepilogative da quest'analisi si può affermare che l'Alto Friuli sconta un grave ritardo in termini di salute-durata di vita, che si esprime sostanzialmente nel sesso maschile e nelle aree a minore sostenibilità socio-economica. Tuttavia nel tempo si assiste a un progressivo riavvicinamento dei valori a quelli medi regionali, forse per effetto di migliorate condizioni di contesto, per il contenimento dei fattori di rischio e, possibilmente, dell'accessibilità e qualità di servizi sanitari. Questa considerazione incoraggia ad una rinnovata e continua azione di presidio e miglioramento delle condizioni di vita e dei servizi, avendone riscontrato, seppure indirettamente, l'efficacia (e la potenzialità) in termini di riduzione dello svantaggio di salute.

La mortalità per cause specifiche di morte.

Cause specifiche di morte per la popolazione dell'Alto Friuli, in confronto con la Regione

L'analisi della causa di morte rilevata dal medico per le persone decedute e registrata nelle schede ISTAT dell'archivio regionale di morte permette di indagare le principali patologie, eventi e condizioni che costituiscono il motivo principale del decesso, anche in confronto tra aree e periodi diversi.

Fermo restando l'eccesso di mortalità accertato, in particolare per il sesso maschile, nell'Alto Friuli, è possibile stimare anche in questo caso sia il numero dei decessi che quanti anni di vita si siano persi (AVP), rispetto all'attesa media di vita, per ciascuna delle principali categorie di cause di morte, calcolandone i tassi standardizzati e confrontandoli con la media della Regione.

Dall'analisi dell'ultimo decennio si apprende che per le donne la principale causa di morte sono le malattie cardiovascolari (44% dei decessi), seguite dai tumori (25%), dalle malattie dell'apparato respiratorio (10%) e di quello digerente (5%) e così via.

Tali proporzioni sono in linea con i valori e i tassi regionali, come del resto era atteso, vista la sostanziale poca differenza dalla media regionale della mortalità femminile nel suo complesso. L'unica nota di diversità è data dalle malattie respiratorie, dove si segnala un +25% rispetto alla media regionale.

Per gli uomini, invece, la distribuzione percentuale delle principali cause di morte vede al primo posto le malattie cardiovascolari (33%), seguite dai tumori (32%), dalle malattie respiratorie (10%), dai traumatismi (8%), dalle patologie dell'apparato digerente (6%) e così via.

Questa volta, però, si assiste per tutte queste cause di morte ad un incremento dei tassi di anni di vita persi, rispetto alla regione, che dà ragione del +15% complessivo registrato nel decennio. Le cause per cui lo scostamento è maggiore rispetto alla Regione sono i traumi (+32%), le malattie del tratto digerente (+21%), quelle dell'apparato respiratorio (+21%), quelle cardiovascolari (+13%) e i tumori (+10%). La causa traumatica assume particolare rilievo nelle età anziane, mettendo in luce la peculiare "fragilità" di questa categoria di popolazione.

Cause tumorali di morte –periodo 1994-2003

Se si vuole approfondire l'andamento delle malattie tumorali, in continua crescita, anche per l'incremento costante dell'attesa di vita e per la diminuzione delle patologie infettive (seconda causa di morte per maschi e femmine, prima causa di anni di vita persi per i maschi), è opportuno distinguere tra il rischio di ammalarsi di tumore (incidenza) e quello di morire a causa di esso. Nel primo caso si deve dire che, sia per gli uomini che per le donne, il tasso (standardizzato) di nuovi casi di tumore non è significativamente diverso dal resto della regione, vale a dire che il rischio complessivo di ammalarsi di tumore non è molto diverso, eccetto che negli uomini per i tumori delle alte vie aerodigestive (+ 40/80%) e per quelli di stomaco e fegato (+20 e+10%) e per le donne per quelli dello stomaco (+30%), del cervello e del fegato (+20%) e dell'esofago (+10%).

Alcuni di questi tumori sono epidemiologicamente correlati a scorrette abitudini alimentari ed al fumo.

Diverso è il risultato se si considera la mortalità anziché l'incidenza. In questo caso, come abbiamo visto, la mortalità complessiva per tumore in Alto Friuli supera la media regionale del 10% per i maschi e dell'1% per le donne, nel decennio 1994-2003.

I tipi di tumore per cui si muore in eccesso, rispetto alla media, sono, per gli uomini, le alte vie aerodigestive (+54 /+84%), il fegato (+24%) il polmone (+14%), gli organi genitourinari (+12/13%).

Per le donne troviamo ancora le vie aerodigestive superiori (+67/+24%), il pancreas (+16%) e lo stomaco (+13%).

La mortalità per un determinato tumore è il risultato della probabilità di ammalarsi (ad esempio fattori di rischio in eccesso, quali fumo ed alcol), della precocità della diagnosi e dell'efficacia della terapia. Ne consegue che si deve ricercare parte della causa dell'eccesso di mortalità riscontrato sia nell'attitudine della persona a rivolgersi in modo appropriato al servizio sanitario, sia nella qualità ed accessibilità dello stesso.

Mortalità per suicidio

L'analisi della mortalità per suicidio in Alto Friuli nel decennio 1989-1998, comparata con quella regionale e nazionale mette in luce come in questa area montana i tassi annui medi di suicidio siano pari a 13,7 decessi su 10.000 residenti, contro i 7,9 Italiani e gli 11,8 della Regione.

In particolare il fenomeno si manifesta in modo più accentuato, in quel periodo, nel Distretto n.2, con tassi pari a 16,9 decessi ogni 10.000 residenti.

Se, da ultimo, si esamina il Comune di provenienza delle persone decedute per suicidio, si apprende che i tassi più elevati sono localizzati nei Comuni di Chiusaforte, Malborghetto, Dogna, Osoppo, Resia nel Distretto n.1 e in quelli di Lauco, Enemonzo, Forni Avoltri, Prato Carnico, Ligosullo, Sauris, Raveo nel Distretto n.2, facendo ipotizzare, in prima approssimazione, una correlazione diretta tra livello di svantaggio socio-economico e questo drammatico tipo di scelta comportamentale.

Comuni e punti salute

Residenze protette e centri diurni per anziani



Case di riposo/case albergo



Centri diurni per anziani:

Strutture aziendali o convenzionate (pubbliche o private)

Strutture non convenzionate (pubbliche o private)

Servizio socio-assistenziali territoriali



Poliambulatorio



Centri territoriali di salute:

1. attività infermieristiche
2. attività riabilitative
3. attività specialistiche
4. attività socio-assistenziali
5. attività di prevenzione

Strutture per l'handicap




Strutture diurne (D) - residenziali (R)
Attive a gestione diretta aziendale
Attive a gestione non aziendale (privato sociale)

[Torna su](#) ↗

Residenze sanitarie assistenziali e hospice



 R.S.A.=Residenze Sanitarie Assistenziali

 Hospice

Tabella delle strutture sul territorio

Denominazione Azienda:

A.S.S. n. 3 "Alto Friuli"

Distretti: (numero e denominazione)

n. 1 "del Gemonese, del Canal del Ferro e della Val Canale"

n. 2 "della Carnia"

Comuni:

n. 43

Superficie totale:

kmq. 2355,59

Abitanti totali:

n. 75.243

Abitanti comuni principali:

Gemona del Friuli: n. 11.101

Tolmezzo: n. 10.549

Densità abitativa media:

31,8 abit./kmq

Strutture ospedaliere:

n. 2 + Policlinico Universitario

Residenze Sanitarie Assistenziali:

n. 3

Strutture residenziali e diurne per anziani:

n. 11 residenziali + 8 diurne

Servizi socio-sanitari territoriali:

(Centri territoriali di salute e poliambulatori specialistici)

n. 8 + 3

Strutture per la salute mentale:

(CSM, Strutture riabilitative, centri diurni e gruppi appartamento)

n. 2 + 2 + 3 + 2

Strutture per le dipendenze:

(SERT)

n. 2

Strutture residenziali e diurne per l'handicap:

n.4 solo diurne, n.2 diurne residenziali

7) *Obiettivi del progetto:*

) La promozione della salute - definita dall'OMS come il processo che permette alla popolazione di aumentare il controllo dei fattori che determinano la salute al fine di promuoverla e sostenerla - è stata oggetto di numerosi studi e programmi. Cinque sono i campi d'azione identificati nella Carta di Ottawa (1986) per sviluppare una strategia di promozione della salute:

1. la creazione di politiche pubbliche (sociali, agricole, del trasporto, del turismo, della pianificazione urbana) orientate verso la promozione della salute;
2. il rafforzamento dei processi di partecipazione dei cittadini nella formulazione, implementazione e valutazione di politiche che, direttamente o indirettamente, influiscono sulla promozione della salute;
3. la costruzione di ambienti (lavorativo, scolastico) che supportino la promozione della salute;
4. lo sviluppo di abilità personali per migliorare la qualità delle decisioni inerenti la salute di ciascun individuo e della popolazione nel suo insieme;
5. il ri-orientamento dei servizi sanitari verso la promozione della salute e non solo sulla cura e riabilitazione).

I punti 2-3-4-5 si fondano principalmente sull'attuazione di programmi e campagne informative per promuovere la salute (fumo, droghe, obesità, alcool), tutti miranti a influenzare la qualità delle decisioni individuali, quindi i comportamenti delle singole persone. Scopo principale delle politiche per la salute è favorire l'adozione di stili di vita corretti. Il **marketing per la salute** permette di applicare proficuamente i principi e le strategie del marketing per il raggiungimento di tale obiettivo, in quanto consente di modulare i messaggi informativi-educativi alle caratteristiche dei destinatari. In questo caso, l'oggetto dello scambio non è costituito da beni o servizi come avviene nel marketing tradizionale, quanto piuttosto da idee, valori e comportamenti, favorevoli alla tutela ed al miglioramento del benessere individuale e collettivo.

Il **marketing e la comunicazione sociale** sono strumenti fondamentali per favorire l'adozione di stili di vita adeguati alla tutela ed alla promozione del benessere psico-fisico dei cittadini, principale finalità delle politiche pubbliche per la salute. Scopo del marketing sociale non è tanto di far acquistare qualcosa al pubblico, come avviene nel marketing tradizionale, quanto piuttosto di modificare un'opinione o un comportamento che si ritengono dannosi per la salute individuale e collettiva. In particolare, **gli obiettivi del marketing sociale** sono quelli di indurre:

- cambiamento cognitivo: potenziando la conoscenza e la consapevolezza del problema e delle possibili soluzioni, si cerca di incentivare un determinato comportamento;
- cambiamento d'azione, favorendo scelte favorevoli alla salute a scapito di altre non corrette;
- cambiamento di comportamento, incentivando l'adozione di stili di vita salutari e l'abbandono di comportamenti pericolosi;
- cambiamento di valori, tramite la modifica di valori e opinioni profondamente radicati rispetto ad alcuni temi o situazioni, come pregiudizi razziali e/o religiosi. L'ASS3 Alto Friuli è già da tempo impegnata nelle attività di marketing sociale (esiste una SOS dedicata); il progetto qui descritto prevede di implementare quali-quantitativamente le attività, attraverso la formazione – l' addestramento – l'

accompagnamento dei volontari , il tutto a cura del personale qualificato già addetto al Marketing sociale, all' Ufficio Relazioni con il Pubblico, all' Ufficio Stampa.

Macro-obiettivi:

1. Effettuare una corretta analisi di contesto per definire il marketing mix più efficace per incidere sui comportamenti influenzanti negativamente la salute
2. Progettare gli strumenti di marketing mix adeguati
3. Attuare il piano di marketing
4. Valutare gli interventi effettuati
5. Riprogettare il piano con i correttivi necessari

	Obiettivi Specifici:	Indicatori di risultato	Tempistica
1.1	Raccogliere i dati socio-epidemiologici già disponibili, suddivisi per macroaree e per microaree	Tutti i documenti esistenti censiti e analizzati	Entro 1 mese dall' inizio del progetto
1.2	Evidenziare e raccogliere gli ulteriori dati necessari	Evidenza di utilizzo di strumenti quali analisi documentaria, questionari, interviste, focus group, accesso a banche dati comunali etc.	Entro 2 mesi dall' inizio del progetto
1.3	Produrre la relazione di sintesi	1 documento completo sul contesto generale Almeno 2 Comuni completamente censiti e descritti	Entro 3 mesi dall' inizio del progetto
2.1	Valutare i dati di cui al punto 1 e progettare gli strumenti	Progettati almeno 2 strumenti per tutto il territorio aziendale Per ognuno dei 2 Comuni, identificato almeno 1 target segmentato di riferimento Per ognuno dei 2 Comuni, progettato almeno	Entro 3 mesi dall' inizio del progetto

		1 strumento di comunicazione sociale generale e 1 per il target specifico	
3.1	Attuare il piano	Attuazione almeno dei 6 strumenti di marketing sociale identificati al punto 2.1	Entro 10 mesi dall' inizio del progetto
4.1	Valutare gli interventi effettuati	Relazione di valutazione su: ognuno degli strumenti utilizzati il piano di comunicazione sociale attuato in ogni comune il piano di comunicazione sociale complessivamente attuato	Entro 11 mesi dall' inizio del progetto
5.1	Comunicare i risultati agli stakeholders interni	Relazione sull' attività svolta alla Direzione Strategica ed ai Dirigenti di Distretto coinvolti	Negli ultimi 4 mesi del progetto
5.2	Comunicare i risultati ai dipendenti ed all' esterno	Organizzazione di un Convegno illustrativo conclusivo (accreditamento ECM per il personale sanitario)	Negli ultimi 4 mesi del progetto
5.3	Comunicare efficacemente la collaborazione del servizio Civile Nazionale	Opportuno spazio e ampia visibilità del servizio Civile all' interno del Convegno di cui al punto precedente	Negli ultimi 4 mesi del progetto
5.4	Riprogettare il piano con i	Formulazione del	Alla fine del

	correttivi necessari	piano di comunicazione per l' anno successivo	progetto	

8) *Descrizione del progetto e tipologia dell'intervento che definisca in modo puntuale le attività previste dal progetto con particolare riferimento a quelle dei volontari in servizio civile nazionale, nonché le risorse umane dal punto di vista sia qualitativo che quantitativo:*

Per realizzare un'efficace azione di marketing sociale, l' ASS3 intende implementare ulteriormente i metodi più conformi ad un' accurata pianificazione, articolata secondo le seguenti fasi:

1) analisi del contesto socioeconomico, culturale, tecnologico, politico e normativo per individuare le forze in grado di sostenere idee e comportamenti favorevoli a una certa iniziativa di promozione della salute, e le forze a ciò antagoniste

2) sviluppo del piano. Coerentemente con la mission dell'ente promotore e sulla base dei bisogni espressi dai consumatori/utenti, nonché delle risorse disponibili, si individueranno gli obiettivi della campagna di marketing sociale. Successivamente si definiranno le strategie ed i programmi operativi. Questo richiede di suddividere (segmentare) il mercato, cioè nel nostro caso la popolazione, in gruppi omogenei per le variabili (geografiche, demografiche, sociali , culturali e comportamentali) precedentemente individuate. Effettuata la segmentazione, si potrà decidere di rivolgere l'azione solo ad alcuni gruppi di popolazione ritenuti più bisognosi o più interessati all'intervento, oppure di definire programmi specifici per ogni segmento. Dopo la selezione dei gruppi destinatari dell'intervento, si procederà al posizionamento del prodotto all'interno di ogni segmento: si individueranno i vantaggi competitivi per comunicare il valore dell'offerta rispetto ai "prodotti concorrenti", che, nel marketing sociale, sono rappresentati principalmente dalle idee e dai comportamenti che si vogliono cambiare.

La segmentazione ed il posizionamento del prodotto permetteranno inoltre un'adeguata definizione degli elementi del marketing mix: il prodotto che è rappresentato principalmente da un'idea, finalizzata ad indurre un cambiamento comportamentale; il prezzo che il destinatario deve sostenere per aderire ad messaggio proposto, (questi costi naturalmente non sono tanto di natura economica ma soprattutto psicologici, fisici, di tempo e sociali) ; la distribuzione che, per prodotti intangibili, come idee e comportamenti, viene attuata soprattutto tramite una rete costituita dai canali di comunicazione interpersonali e dai mass-media; la promozione, che grazie alle attività di comunicazione, riveste un ruolo fondamentale negli interventi di marketing sociale, il cui principale obiettivo è costruire, tramite l'informazione e la sensibilizzazione, i presupposti cognitivi per promuovere idee e comportamenti favorevoli alla salute.

Applicare i principi del marketing ai servizi per la salute significa puntare principalmente su tre aspetti: centralità dei bisogni del cittadino/utente nella pianificazione e programmazione; dotare l'ente del personale e delle strutture necessarie per realizzare le fasi del marketing sopra esposte; fare in modo che l'ente sia in grado di pianificare anche per obiettivi a lungo termine. I servizi "marketing oriented" sono anche in grado di influenzare la domanda (es. tempi e caratteristiche di manifestazione), favorendo quindi un corretto bilanciamento tra l'offerta e la domanda. Questa è una caratteristica molto

importante, ad esempio, per il buon funzionamento dei servizi sanitari: si pensi ad esempio alla necessità di promuovere un consumo più appropriato dei farmaci o di favorire l'adesione ai programmi di screening. Si ritiene di integrare gli strumenti del marketing con le esperienze maturate sul campo della progettazione, produzione e promozione dei servizi da parte della pubblica amministrazione, per evitare di realizzare iniziative inutili e costose.

L'impiego dei volontari del Servizio Civile può avvenire all'interno di TUTTE le fasi individuate e descritte, ferma restando un'accurata formazione iniziale ed un accompagnamento costante durante tutto lo svolgimento del programma, da parte di personale competente ed esperto.

Le attività dei volontari del Servizio Civile saranno affiancate dalle attività dei volontari delle numerose Associazioni presenti sul territorio dell'Alto Friuli; in particolare, nei 2 Comuni interessati dalla microprogettazione sono disponibili rispettivamente 5 volontari tempo pieno equivalenti, a fronte dei 2 richiesti al servizio Civile.

La successiva tabella può illustrare meglio le modalità di impiego previste:

	Obiettivi Specifici:	Indicatori di risultato	Modalità di impiego dei volontari del servizio Civile
1.1	Raccogliere i dati socio-epidemiologici già disponibili, suddivisi per macroaree e per microaree	Tutti i documenti esistenti censiti e analizzati	Collaborazione alla raccolta, classificazione ed analisi dei dati;
1.2	Evidenziare e raccogliere gli ulteriori dati necessari	Evidenza di utilizzo di strumenti quali analisi documentaria, questionari, interviste, focus group, accesso a banche dati comunali etc.	Collaborazione alla progettazione di un Minimum Data Set ; progettazione dalla raccolta di dati ulteriore, raccolta dei dati stessi nei comuni o alle altre sedi dotate di banche dati; progettazione e realizzazione di questionari ed interviste; collaborazione alla gestione dei focus group
1.3	Produrre la relazione di sintesi	1 documento completo sul contesto generale Almeno 2 Comuni completamente censiti e descritti	Collaborazione alla realizzazione dei documenti conclusivi
2.1	Valutare i dati di cui al punto 1 e progettare gli strumenti	Progettati almeno 2 strumenti per tutto il territorio aziendale Per ognuno dei 2 Comuni, identificato almeno 1 target segmentato di riferimento Per ognuno dei 2 Comuni, progettato almeno 1 strumento di	Collaborazione all'analisi dei dati, alla segmentazione del target, alla progettazione degli strumenti di comunicazione (depliant, opuscoli, poster, utilizzo del web, comunicazione attraverso i mass media...)

		comunicazione sociale generale e 1 per il target specifico	
3.1	Attuare il piano	Attuazione almeno dei 6 strumenti di marketing sociale identificati al punto 2.1	Realizzazione degli strumenti, diffusione della comunicazione
4.1	Valutare gli interventi effettuati	Relazione di valutazione su: ognuno degli strumenti utilizzati il piano di comunicazione sociale attuato in ogni comune il piano di comunicazione sociale complessivamente attuato la modifica degli indicatori epidemiologici	Collaborazione alla realizzazione della valutazione, attraverso valutazioni epidemiologiche, di qualità tecnica e di qualità percepita (utilizzo degli strumenti classici della customer satisfaction)
5.1	Comunicare i risultati agli stakeholders interni	Relazione sull' attività svolta alla Direzione Strategica ed ai Dirigenti di Distretto coinvolti	Collaborazione alla stesura ed alla presentazione della relazione
5.2	Comunicare i risultati ai dipendenti ed all' esterno	Organizzazione di un Convegno illustrativo conclusivo (accreditamento ECM per il personale sanitario)	Organizzazione del convegno, realizzazione dello stesso (attraverso tutte le fasi classiche di progettazione e realizzazione di un evento)
5.3	Comunicare efficacemente la collaborazione del servizio Civile Nazionale	Opportuno spazio e ampia visibilità del servizio Civile all' interno del Convegno di cui al punto precedente	Organizzazione delle modalità più opportune, impegno in prima persona dei volontari nel relazionare sull' attività svolta e sui risultati conseguiti
5.4	Riprogettare il piano con i correttivi necessari	Formulazione del piano di comunicazione per l' anno successivo	Collaborazione all' analisi di punti di forza e punti di caduta del communication planning effettuato, riprogettazione

Risorse umane:

n. 1 sociologo della comunicazione tempo pieno equivalente dedicato (36 ore settimanali x 46 settimane)

supporto del personale dell' area Marketing sociale – 1 laureato in Relazioni Pubbliche

supporto del personale dell' area Ufficio Relazioni con il Pubblico – 1 infermiera esperta

supporto del personale dell' area Ufficio Stampa – 1 giornalista

supporto del personale dell' area Formazione – 1 Dirigente

9) *Numero dei volontari da impiegare nel progetto:*

4

10) *Numero posti con vitto e alloggio:*

11) *Numero posti senza vitto e alloggio:*

12) *Numero posti con solo vitto:*

13) *Numero ore di servizio settimanali dei volontari, ovvero monte ore annuo:*

14) *Giorni di servizio a settimana dei volontari (minimo 5, massimo 6) :*

15) *Eventuali particolari obblighi dei volontari durante il periodo di servizio:*

Ottemperanza alle disposizioni legislative vigenti in materia di trattamento dei dati personali, di riservatezza, di segreto d' ufficio Rispetto del codice di Comportamento dei dipendenti della pubblica Amministrazione Disponibilità alla flessibilità di orario , in quanto talvolta le iniziative di comunicazione sociale richiedono la realizzazione in orario serale, prefestivo o festivo

16) *Sede/i di attuazione del progetto, Operatori Locali di Progetto e Responsabili Locali di Ente Accreditato:*

N.	<i>Sede di attuazione del progetto</i>	Comune	Indirizzo	Cod. ident. sede	N. vol. per sede	<i>Nominativi degli Operatori Locali di Progetto</i>			<i>Nominativi dei Responsabili Locali di Ente Accreditato</i>		
						<i>Cognome e nome</i>	<i>Data di nascita</i>	<i>C.F.</i>	<i>Cognome e nome</i>	<i>Data di nascita</i>	<i>C.F.</i>
1	SO Marketing Sociale	Gemona del Friuli	Piazzetta Portuzza 1	60965	4	Passera Olga	14.03.1961	PSSLGO61C54E820E			

17) *Eventuali attività di promozione e sensibilizzazione del servizio civile nazionale:*

Nella pagina web dedicata al SCN, allestita nel sito internet www.ass3.sanita.fvg.it dell'Azienda per i Servizi Sanitari N.3 Alto Friuli, saranno pubblicate tutte le notizie utili sui progetti, i progetti stessi, bandi. Il sito principale dell'Azienda evidenzierà la pagina dedicata al SCN particolarmente in prossimità di bandi o news di rilevanza. (1 ora / mese per un tot. di 12 ore/anno).

L'Azienda chiederà all'Università di Udine, ai Comuni, ai comprensori scolastici ed altri siti visitati da utenza giovanile della zona, di installare relativi link nei loro portali. (2 ore)

Notizie inerente il SCN saranno diffuse su quotidiani, radio e tv locali e provinciali attraverso l'Ufficio Stampa dell'ASS3. (2 ore / mese per un tot. di 24 ore/anno).

In prossimità di bandi di selezione sarà data diffusione capillare nei ambiti territoriali ristretti di attuazione dei progetti, tenendo conto in particolare di ambienti giovanili (organizzati e non). (2 ore/anno)

Durante l'attuazione dei progetti, i volontari potranno usufruire di una password di accesso alla sezione del sito web aziendale, ove comunicare lo stato di avanzamento dei progetti stessi; si valuterà l'opportunità di mettere a disposizione un forum e/o un Blog ove i volontari possano comunicare con i loro coetanei o comunque con i giovani, anche al fine di promuovere l'immagine del SCN. (Stima: 1 ora / mese per un tot. di 12 ore/anno)

Verrà inviata una comunicazione ai dirigenti scolastici di tutti gli Istituti Medi Superiori del'Alto Friuli, proponendo un breve intervento formativo da parte di personale dell'ASS3 e dei volontari del SCN, al fine di pubblicizzare i progetti in corso e il ruolo dei volontari del SCN al loro interno. (Stima: 6 ore/anno)

Il Convegno conclusivo del progetto qui presentato potrà rappresentare un'importante occasione di pubblicizzazione sia del progetto, che degli scopi e delle attività del SCN e dei volontari specificamente impiegati nel progetto. (7 ore)

Totale ore: 65 ore /anno

18) *Criteri e modalità di selezione dei volontari:*

Attraverso colloquio con personale esperto verranno verificate le conoscenze in merito a :

- cenni di epidemiologia (criterio si-no)
- cenni di demografia (criterio si-no)
- cenni di statistica (criterio si-no)
- la comunicazione sociale (criterio si-no)
- strumenti e metodi della comunicazione di massa (criterio si-no)

Attraverso colloquio con personale esperto verranno verificate le competenze in merito a :

- capacità relazionali (criterio si-no)
- capacità di utilizzo di semplici strumenti informatici:
 - editor di testi (criterio si-no)
 - foglio di calcolo (criterio si-no)
 - internet (criterio si-no)
 - posta elettronica (criterio si-no)

Ne risulta una scala 1-10 sulla quale verrà articolata l'eventuale graduatoria dei candidati, qualora il numero delle richieste eccedesse i posti a disposizione, e fermi restando i requisiti di cui al punto 22

19) *Ricorso a sistemi di selezione verificati in sede di accreditamento (eventuale indicazione dell'Ente di 1^ classe dal quale è stato acquisito il servizio):*



UNSC - Determinazione del Direttore Generale 30.5.2002

20) *Piano di monitoraggio interno per la valutazione dell'andamento delle attività del progetto:*

Nel momento di start del progetto verrà predisposto un piano di monitoraggio dettagliato, che si baserà su di un' articolazione strutturale (diagramma di flusso del progetto, monitoraggio mensile dello stato di avanzamento del progetto) e su una articolazione temporizzata a scadenza fissa (riunione quindicinale di tutto il personale impiegato nel progetto).

La valutazione conclusiva sarà attuata secondo 4 modalità , che verranno poi confrontate anche con metodologie quantitative:

- ☞ qualità organizzativa (realizzazione delle attività previste – valutazione a breve termine)
- ☞ qualità tecnica (modifica degli indicatori epidemiologici – verosimilmente a medio e lungo termine)
- ☞ qualità autopercepita (debriefing degli operatori che hanno partecipato al progetto – a breve termine)
- ☞ qualità eteropercepita (da parte degli stakeholders interni ed esterni- a breve termine)

21) *Ricorso a sistemi di monitoraggio verificati in sede di accreditamento (eventuale indicazione dell'Ente di 1^ classe dal quale è stato acquisito il servizio):*



UNSC - Determinazione del Direttore Generale 30.5.2002

22) *Eventuali requisiti richiesti ai candidati per la partecipazione al progetto oltre quelli richiesti dalla legge 6 marzo 2001, n. 64:*

Possesso del Diploma di Maturità superiore

Conoscenza – parlata – di almeno una delle lingue ammesse a tutela nel territorio dell' Alto Friuli, ai sensi della L. 482/99 (friulano o sloveno o tedesco), oppure della lingua inglese; la valutazione avverrà tramite colloquio con personale traduttore- interprete , utilizzando i criteri docimologici di valutazione della conoscenza linguistica. In caso di conoscenza di due o più lingue i punteggi riportati in ogni singola prova di conoscenza verranno sommati.

23) *Eventuali risorse finanziarie aggiuntive destinate in modo specifico alla realizzazione del progetto:*

Il finanziamento aggiuntivo dell' Ass3 al progetto descritto può essere quantificata in circa 10.000 Euro, comprendenti le spese per il materiale di uso corrente destinato al progetto (cancelleria, stampati, materiale di consumo per l' informatica), le spese di tipografia e redazionali, i costi relativi al webmaster del sito Internet istituzionale, le spese per le ore aggiuntive richieste al personale che affianca i volontari del SNC, i costi delle attrezzature informatiche che verranno destinate ai volontari, le spese per i trasporti necessari agli accessi ai vari Comuni ed alle varie sedi aziendali.

24) *Eventuali reti a sostegno del progetto (copromotori e/o partners):*

Servizio Sociale dei 43 Comuni dell' Alto Friuli: collaborazione imprescindibile per ottenere una completa conoscenza del territorio, evidenziare i bisogni espliciti e

latenti, raggiungere capillarmente le persone con l' informazione sociale e sanitaria.

AVULSS: questa associazione di volontariato , composta da oltre 100 volontari, opera sia nelle strutture dell' ASS3, che nei Centri Diurni per anziani e disabili, che a domicilio dei cittadini dell' Alto Friuli; pertanto, rappresenta un veicolo comunicativo bidirezionale molto importante per la realizzazione del progetto.

25) *Risorse tecniche e strumentali necessarie per l'attuazione del progetto:*

Riferite ai volontari del SCN:

per ogni volontario si prevede la dotazione di una postazione, comprendente un dotazione personale di PC dotato di Hardware e Software adeguato (compreso accesso Internet e posta elettronica): i volontari verranno dotati di una stampante laser condivisa , di uno scanner, ed avranno a disposizione 1 videocamera, 1 fotocamera, un videoproiettore, un' automezzo aziendale per gli eventuali spostamenti (prevista copertura assicurativa adeguata), materiale di cancelleria e stampati

Riferite alla formazione:

disponibilità di aula informatica – laboratorio multimediale con 16 postazioni pc – cuffie – sistema di videoproiezione – rete LAN

Riferite al progetto- risorse strumentali:

sito web aziendale (piattaforma e web master)
stampante laser color A4-A3
monitor al plasma nei 2 Ospedali

CARATTERISTICHE DELLE CONOSCENZE ACQUISIBILI

26) *Eventuali crediti formativi riconosciuti:*

PRESENTE

Il tirocinio viene accreditato dall' ASS3 quale formazione sul campo, ai fini dell' accreditamento ECM (Educazione Continua in Medicina) di cui è provider. La definizione precisa dei crediti avverrà nel momento in cui saranno definiti i numeri effettivi e le caratteristiche (scolarità, competenze) dei volontari del SCN partecipanti al progetto; sulla base dell' esperienza maturata e dei criteri deliberati dalla giunta regionale, saranno concessi ai volontari in media 1 credito ogni 10 ore di attività, e ai formatori , accompagnatori, operatori circa 0,4 crediti ogni ora di attività.

La maggior parte delle Università su cui insistono i giovani dell' Alto Friuli riconosce crediti formativi per lo svolgimento del Servizio Civile.

Di volta in volta si assegneranno i crediti, riferiti alla sede Universitaria eventualmente frequentata.

27) *Eventuali tirocini riconosciuti :*

PRESENTE

Il tirocinio viene accreditato dall' ASS3 quale formazione sul campo, ai fini dell' accreditamento ECM (Educazione Continua in Medicina) di cui è provider. La definizione precisa dei crediti avverrà nel momento in cui saranno definiti i numeri effettivi e le caratteristiche (scolarità, competenze) dei volontari del SCN partecipanti al progetto; sulla base dell' esperienza maturata e dei criteri deliberati dalla giunta regionale,

saranno concessi ai volontari in media 1 credito ogni 10 ore di attività, e ai formatori , accompagnatori, operatori circa 0,4 crediti ogni ora di attività.

Le ore di tirocinio vengono altresì certificate dall' ASS3 , come frequenza presso struttura pubblica accreditata.

28) *Competenze e professionalità acquisibili dai volontari durante l'espletamento del servizio, certificabili e validi ai fini del curriculum vitae:*

Le competenze e professionalità acquisite saranno certificate dal Centro di Formazione Aziendale dell'ASS n° 3 (Provider Nazionale e Regionale per l' Educazione Continua in Medicina). L'ASS3 ha in atto convenzioni per tirocini con le Università di Udine, Trieste e Padova, e possiede numerose professionalità interne (psicologi, sociologi, pedagogisti, riabilitatori, assistenti sociali, infermieri, terapisti della riabilitazione, medici...) accreditate a fungere da tutor dei tirocini. Tanto di più le certificazioni rilasciate ai volontari saranno valide ai fini del CV anche nei confronti di Enti terzi.

In particolare potranno essere certificati:

Acquisizione di competenze informatiche base (Pacchetto completo Office)
Acquisizione di competenze informatiche avanzate (Pacchetto completo Office, Internet, Posta elettronica)
Acquisizione di conoscenze relazionali (area della comunicazione sociale e sanitaria)
Acquisizione di una approfondita conoscenza del sistema socio-sanitario nazionale e locale.

La formazione specifica per la comunicazione di massa e le eventuali attività di relazione con i mass media saranno seguiti da una giornalista iscritta all' Ordine Nazionale, che potrà attestare in tal senso la formazione e le attività.

Formazione generale dei volontari

29) *Sede di realizzazione:*

Centro di Formazione dell' ASS3 Alto Friuli – Piazzetta Portuzza 2 Gemona del Friuli (UD)

30) *Modalità di attuazione:*

In proprio: corso propedeutico organizzato dal Centro di Formazione Aziendale che si avvarrà di formatori esperti nelle differenti problematiche e discipline.

Docenti:

Formatori accreditati

Esperti nelle materie: privacy, informatica, comunicazione sociale, relazioni con il pubblico

31) *Ricorso a sistemi di formazione verificati in sede di accreditamento ed eventuale indicazione dell'Ente di 1^ classe dal quale è stato acquisito il servizio:*

32) *Tecniche e metodologie di realizzazione previste:*

Per raggiungere gli obiettivi formativi previsti dalla Formazione Generale dei Volontari del Servizio Civile, si intende fornire dapprima informazioni e conoscenze di base propedeutiche, sviluppando poi abilità operative e metodologiche.

Le metodologie utilizzate saranno:

lezioni magistrali, lezioni frontali, dibattiti condotti da esperto, lavori di gruppo guidati, esercitazioni individuali, situazioni esperienziali con affiancamento

Gli strumenti didattici saranno: lavagna luminosa, videoregistratore, strumenti informatici (pc e videoproiettore).

La formazione all'informatica e la formazione alle lingue sarà effettuata in aula multimediale specificamente attrezzata con 16 postazioni presso ASS3.

Supporti alla formazione: dispense, bibliografia mirata, sitografia

33) *Contenuti della formazione:*

La Formazione Generale dei Volontari in Servizio Civile, propedeutica alla formazione specifica ed al successivo inserimento nei singoli progetti della Azienda Sanitaria, vuole sviluppare competenze caratteristiche a cui fa riferimento l'ordinamento del Servizio Civile Nazionale (Circolare 4-9-2003, prot. N. UNSC 807/II/I), caratteristiche fondamentali per le diverse forme di partecipazione attiva alla vita della società civile.

- ☞ Il SCN: caratteristiche, ordinamento, significati; storia, difesa della Patria con mezzi non violenti, la Carta Etica
- ☞ Lo Stato italiano: ordinamento, principi fondanti, Carta Costituzionale
- ☞ Internazionalità, globalizzazione: riflessioni sugli intrecci della moderna società civile; ruolo del SCN.
- ☞ Aspetti giuridici, economici, sociali ed etici dal punto di vista degli operatori sociosanitarie e dal punto di vista delle istituzioni (ivi compreso il SCN)
- ☞ Elementi di organizzazione sanitaria: SSN- SSR- Aziende territoriali, aziende Ospedaliere
- ☞ L'attuale programmazione ed organizzazione sanitaria e sociale della Regione Friuli Venezia Giulia. Organigrammi e funzionigrammi delle aziende Sanitarie.
- ☞ I servizi sociali dei Comuni; i servizi delegati.
- ☞ Concetti e logiche alla base del lavoro integrato. La legge 328/2000 sull'integrazione socio-sanitaria
- ☞ Legislazione essenziale: privacy, riservatezza, responsabilità, segreto d'ufficio.
- ☞ Alto Friuli: caratteristiche territoriali, demografiche, epidemiologiche, sociali, culturali.

34) *Durata:*

48 ore. 8 giornate di formazione di 6 ore ciascuno prima della formazione specifica e prima dell'inserimento dei volontari nella sede di attuazione del progetto.

Formazione specifica (relativa al singolo progetto) dei volontari

35) Sede di realizzazione:

Centro di Formazione dell' ASS3 Alto Friuli – Piazzetta Portuzza 2 Gemona del Friuli (UD)
Aula Multimediale dell' ASS3 Alto Friuli – presso Ospedale di Gemona del Friuli

36) Modalità di attuazione:

In proprio, con formatori dell' Ente e con ricorso a esperti della materia di cui di volta in volta trattasi.
Il Centro di Formazione Aziendale ha costruito un progetto didattico (ulteriormente personalizzabile in base alle caratteristiche specifiche dei discenti) in che si avvarrà di formatori esperti nelle differenti tematiche e discipline. Il pool di formatori è composto da personale particolarmente qualificato appartenente al Servizio Sanitario regionale, da esperti esterni e da docenti universitari.

37) Nominativo/i e dati anagrafici del/i formatore/i:

Olga Passera, nata a Magnano in Riviera il 14.3.1961
Roberta Collica, nata a Messina il 31.1.1981

38) Competenze specifiche del/i formatore/i:

Olga Passera, nata a Magnano in Riviera il 14.3.1961; sociologo, da 12 anni Direttore della SOS Marketing Sociale dell' ASS3 Alto Friuli (Relazioni con il pubblico, ufficio stampa, formazione aziendale, progetti speciali); Responsabile aziendale del SCN; accreditata quale formatore, progettista, OLP; giornalista, direttore responsabile del periodico InForma,
Roberta Collica, nata a Messina il 31.1.1981; sociologo della comunicazione, già volontaria di SCN presso ASS3 Alto Friuli; accreditata quale progettista e OLP; esperta in comunicazione sociale e sanitaria; collaboratore a progetto per attività di comunicazione nelle lingue minoritarie

39) Tecniche e metodologie di realizzazione previste:

Dopo le conoscenze di base fornite dal percorso di formazione generale e per raggiungere gli obiettivi specifici del presente progetto, sono necessarie per il gruppo dei volontari di SCN:

- Approfondire le conoscenze relative alle finalità ed alle attività specifiche del progetto

In tale ambito sono previste:

Visite guidate ai reparti e servizi;

Esercitazioni pratiche con supervisione degli operatori del servizio.

- Sviluppare abilità operative e metodologiche per un ruolo attivo negli interventi

previsti

Verranno privilegiate le metodologie andragogiche più adatte, in particolare metodologie di apprendimento attivo.

Le metodologie utilizzate saranno:

lezioni magistrali, lezioni frontali, dibattiti condotti da esperto, lavori di gruppo guidati, esercitazioni individuali, situazioni esperienziali con supervisione, visualizzazione di materiali multimediali, ricerche mirate.

Gli strumenti didattici saranno: lavagna luminosa, videoregistratore, strumenti informatici (pc e videoproiettore).

La formazione all' informatica e la formazione alle lingue sarà effettuata in aula multimediale specificamente attrezzata con 16 postazioni presso ASS3.

Supporti alla formazione: dispense, bibliografia mirata, sitografia

40) *Contenuti della formazione:*

1. competenze legate all' area cognitiva (sapere)

Elementi di statistica ed epidemiologia

Aspetti teorici ricerca sociale

La qualità: tecnica, organizzativa, percepita

Friulano-base (o tedesco, o sloveno)

Teoria della comunicazione sociale

2. competenze legate all' area operativa (saper fare)

Informatica di base

Informatica livello avanzato

Friulano livello avanzato (o tedesco o sloveno)

Metodologia per la ricerca sociale

Tecniche per la comunicazione sociale

Il monitoraggio e la valutazione

Tecniche: problem solving, team building, time management

3. competenze legate all' area affettivo-relazionale (saper essere)

etica per la comunicazione

etica per la comunicazione sociale

codice di comportamento dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni

il diritto-dovere di cittadinanza

41) *Durata:*

1. competenze legate all' area cognitiva (sapere): 30 ore

2. competenze legate all' area operativa (saper fare): 50 ore

3. competenze legate all' area affettivo-relazionale (saper essere): 20 ore

Totale : 100 ore di formazione specifica

Altri elementi della formazione

42) Modalità di monitoraggio del piano di formazione (generale e specifica) predisposto:

43) Modalità di monitoraggio del piano di formazione (generale e specifica) predisposto:

Il progetto formativo complessivo viene strutturato in unità didattiche, al termine di ognuna delle quali è prevista una verifica oggettiva dell' apprendimento. Utilizzando gli ormai validati e consolidati sistemi ECM, la valutazione di ogni Unità didattica comprenderà 3 elementi:

1. la verifica formativa attraverso test, questionari, elaborati, produzione di relazioni e similari
2. la verifica sommativa, attraverso la supervisione degli affiancatori nell' attività del progetto
3. la valutazione della formazione da parte del discente comprendente la valutazione di contenuti, metodologie, docenti)

Si prevede anche un lavoro di gruppo finale che, attraverso una elaborazione collettiva, partendo da spunti ed osservazioni individuali, possa rilanciare indicazioni per il lavoro pratico del progetto. Una specie di valutazione collettiva e condivisa dell'intero percorso di formazione.

Bimestralmente la valutazione sul singolo avverrà tramite produzione da parte di ogni volontario di un elaborato, in cui indicherà le esperienze più significative del periodo considerato, le proprie emozioni, le difficoltà e le opportunità incontrate, i propri suggerimenti per approfondimenti formativi e/o per migliorie organizzative.