Regione Emilia-Romagna

Regione Toscana

Esperienze di cure primarie: l'innovazione 2.0 nell'assistenza territoriale

Bologna 31 marzo – 1 aprile 2014

L'empowerment di comunità: l'esperienza del Distretto di Lugo

Marisa Bianchin

Distretto di Lugo – Az Usl della Romagna

Carla Golfieri

Unione dei Comuni della bassa Romagna

Regione Emilia-Romagna

Regione Toscana

Piano Sociale e Sanitario Regionale
Indirizzi Attuativi 2013-2014 -DGR 284/2013
(Regione Emilia Romagna)

IMPOVERIMENTO

- effetti sulla salute
- diseguaglianze
- stili di consumo
- promozione degli stili di vita salutari

FRAGILITA' E VULNERABILITA'

- età
- condizioni fisiche
- patologie psichiatriche
- difficoltà economiche
- isolamento sociale e fragilità rapporti familiari/amicali

COMUNITA' COESA COME RISORSA

La capacità di una comunità di farsi solidale nei momenti di difficoltà è una risorsa potente, la presenza di legami di fiducia e di reti più o meno formali di aiuto è determinante per la possibilità di far fronte alla crisi.

RICONOSCERE E VALORIZZARE IL CRESCENTE CONTESTO PLURICULTURALE

- lingua, cultura, religione, condizioni socioeconomiche

IMMAGINARE E SOSTENERE IL 'FUTURO'

- politiche educative (bambini/e ragazzi/e)
- funzioni genitoriali
- rompere la catena di riproduzione delle disuguaglianze sociali e favorire processi di inclusione

Marisa Bianchin – Carla Golfieri

Fiducia e soddisfazione dei cittadini verso le istituzioni

Governo Nazionale

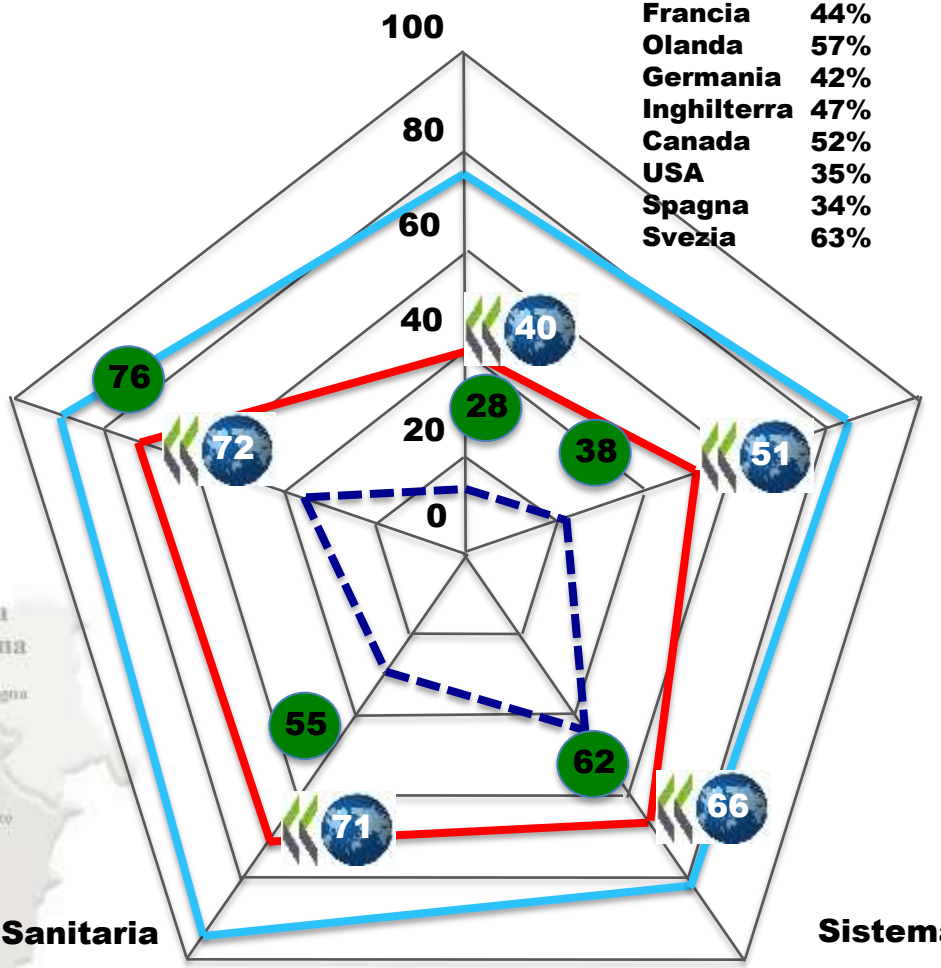
Italia	28%
Francia	44%
Olanda	57%
Germania	42%
Inghilterra	47%
Canada	52%
USA	35%
Spagna	34%
Svezia	63%

Polizia Locale

Italia	76%
Francia	74%
Olanda	70%
Germania	82%
Inghilterra	76%
Canada	87%
USA	78%
Spagna	75%
Svezia	78%

Sistema Giudiziario

Italia	38%
Francia	50%
Olanda	65%
Germania	61%
Inghilterra	62%
Canada	57%
USA	48%
Spagna	29%
Svezia	71%



Assistenza Sanitaria

Italia	55%
Francia	78%
Olanda	88%
Germania	91%
Inghilterra	92%
Canada	75%
USA	73%
Spagna	74%
Svezia	81%

Sistema Educativo

Italia	62%
Francia	67%
Olanda	74%
Germania	66%
Inghilterra	78%
Canada	74%
USA	64%
Spagna	63%
Svezia	65%

Modificato Da Government at a Glance 2013, OCSE

Marisa Bianchin Carla Golfieri

Obiettivo

dare corpo ad un osservatorio rivolto ai cittadini in grado di raccogliere percezioni, aspettative, comportamenti su alcuni temi particolarmente interessanti per le Istituzioni locali e la loro attività.

la Conferenza territoriale sociale e sanitaria di Ravenna (CTSS) ha ritenuto opportuno dare seguito alla ricerca “Capitale sociale e percezione della comunità, dei servizi, del benessere e della salute” dell’anno 2008, con una successiva indagine nel 2011, finalizzata alla redazione del ‘Profilo di comunità’.

Ciò al fine di:

- monitorare alcuni aspetti della fase di cambiamento attuale
- cogliere variazioni e continuità nel trend
- approfondire nuovi aspetti che possono essere rilevanti per la società ravennate.

Il Capitale Sociale nella Provincia di Ravenna
Ricerca rivolta ai Cittadini della Provincia di Ravenna
(Distretti di Ravenna, Lugo, Faenza)

indagine 2008 e indagine 2011

Per gli approfondimenti metodologici e scientifici: Direzione della ricerca Dott. Vittorio Martinelli – si rimanda al doc pubblicato nel sito Web ex Az. Usl di Ravenna

Marisa Bianchin – Carla Golfieri

INDICI PER CAPITALE SOCIALE

	ANNO 2008	ANNO 2011
Indicatore fiducia	50,59	49,12
Indicatore rispetto regole	84,76	88,32
Indicatore appartenenza	68,41	73,20
Indicatore partecipazione	19,73	20,19
Indicatore solidarietà	19,13	20,39
Indicatore capitale sociale	48,52	50,22

L'indice complessivo di capitale sociale è abbastanza omogeneo per sottocampioni. Si possono tuttavia evidenziare alcune differenze che tuttavia non segnano mai scarti particolarmente rilevanti:

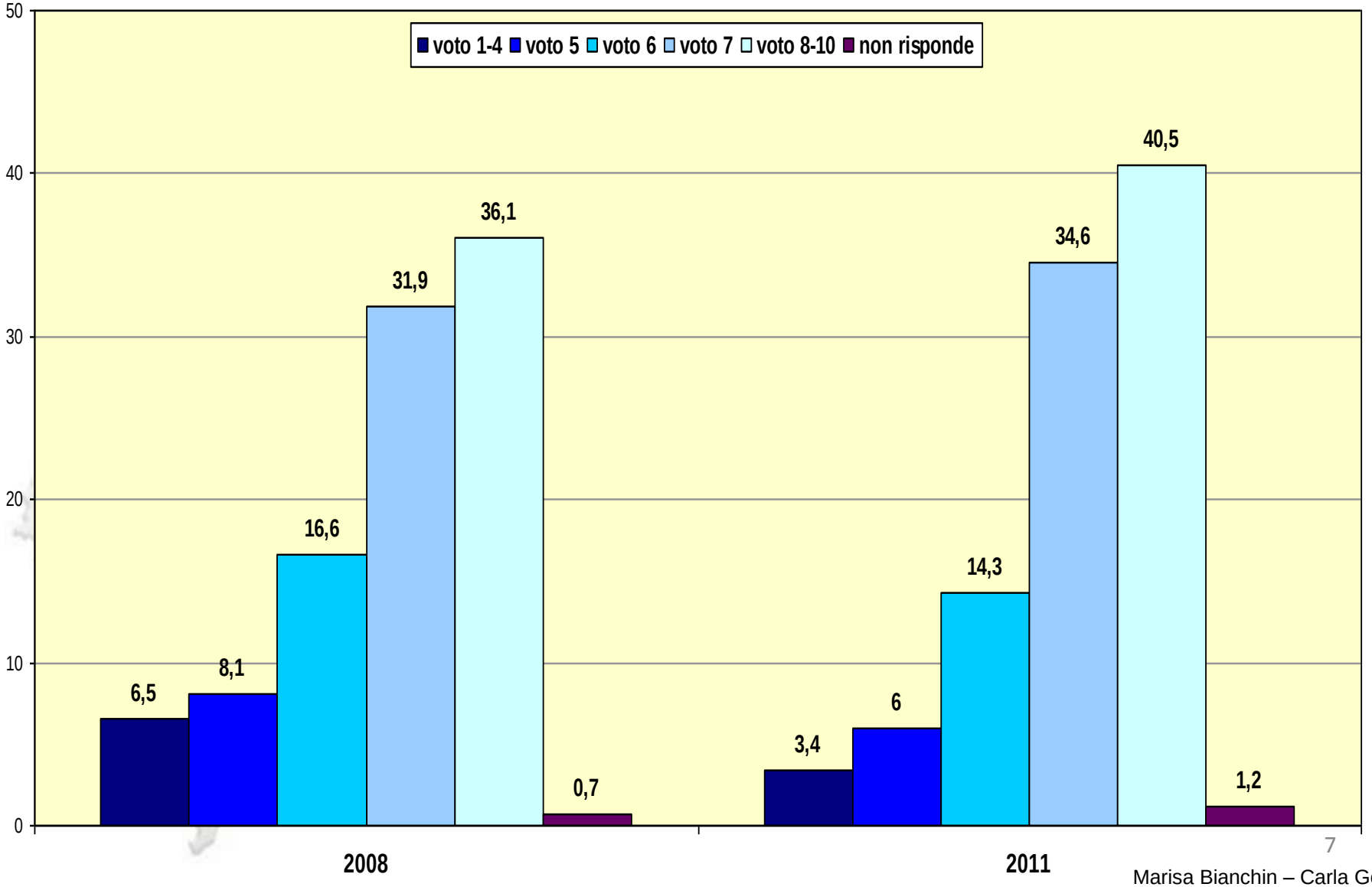
1. nelle fasce d'età più giovani l'indice è più basso di circa due punti;
2. è più alto nella fascia d'età 55-64 anni;
3. tende a crescere al crescere della scolarità che dunque incide ma solo lievemente nel determinare la dotazione di capitale sociale;
4. a Ravenna, rispetto a Comuni più piccoli, si avverte una maggiore difficoltà a mantenere i livelli raggiunti, come se elementi di modernità più presenti nelle città facessero maggiormente sentire la loro influenza e dunque rendessero più difficile la tenuta del capitale sociale.

Come si è visto nella ricerca del 2008 la dotazione di capitale sociale della società come dei singoli individui incide sul modo di percepire il proprio Comune, i suoi problemi e anche la propria qualità della vita.

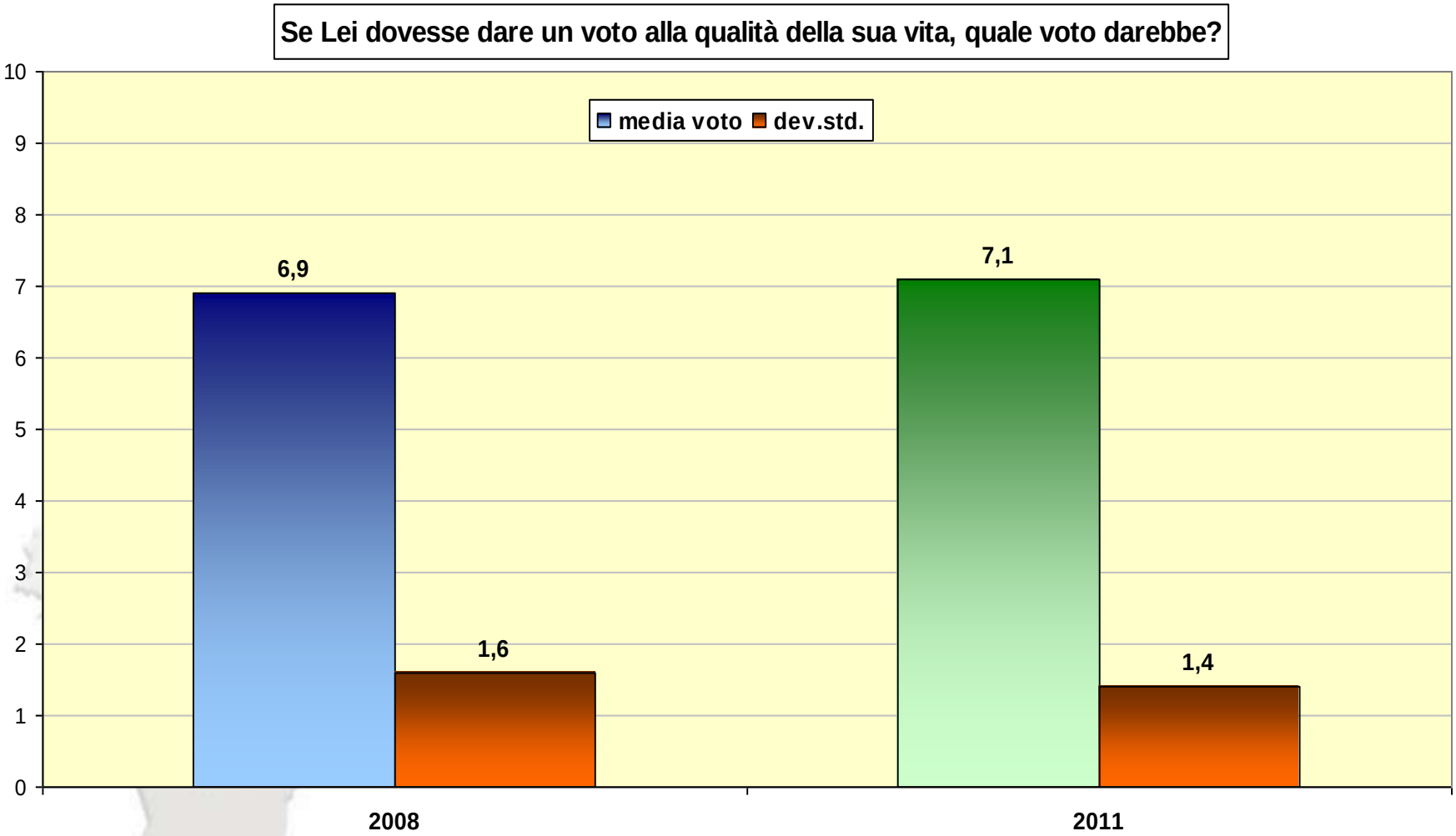
Regione Emilia-Romagna

Regione Toscana

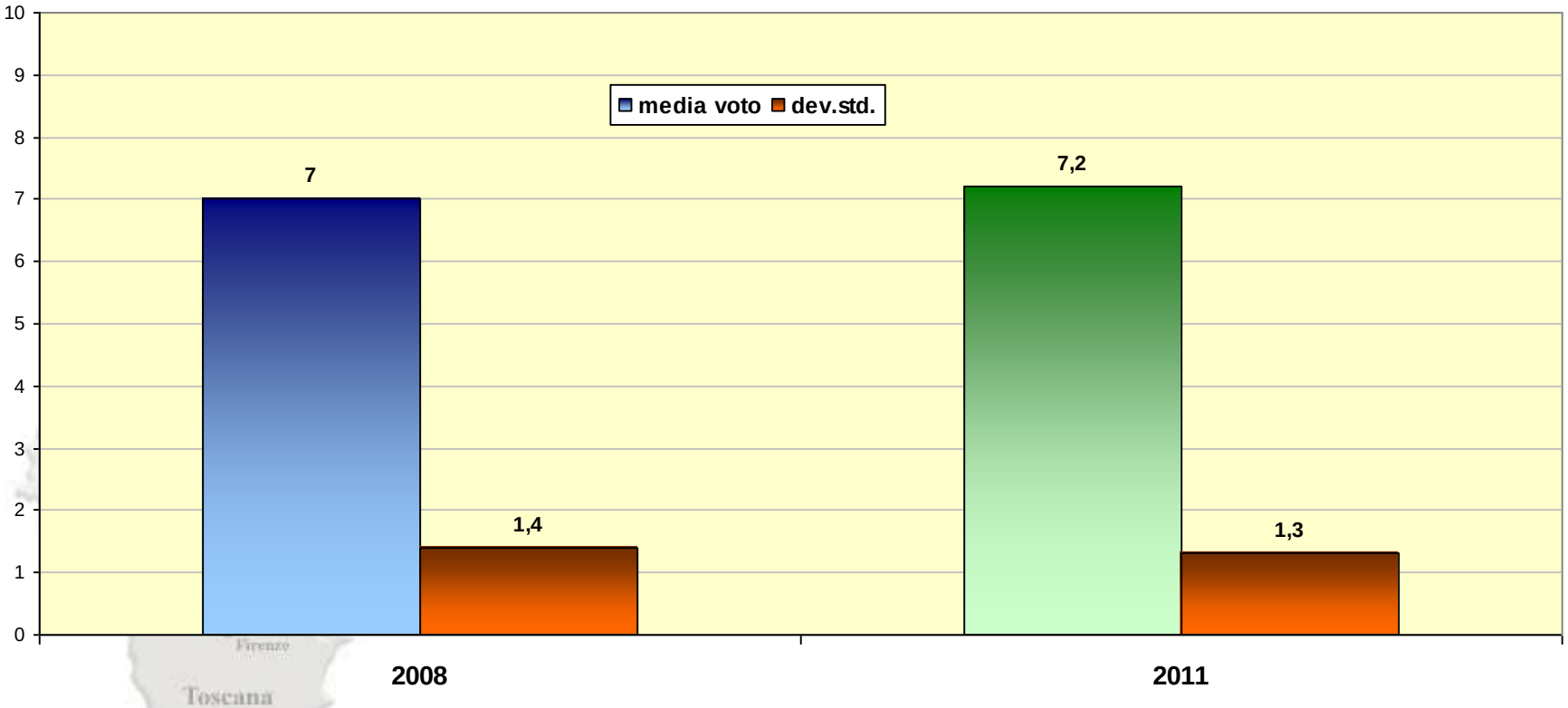
Se Lei dovesse dare un voto alla qualità della sua vita, quale voto darebbe?



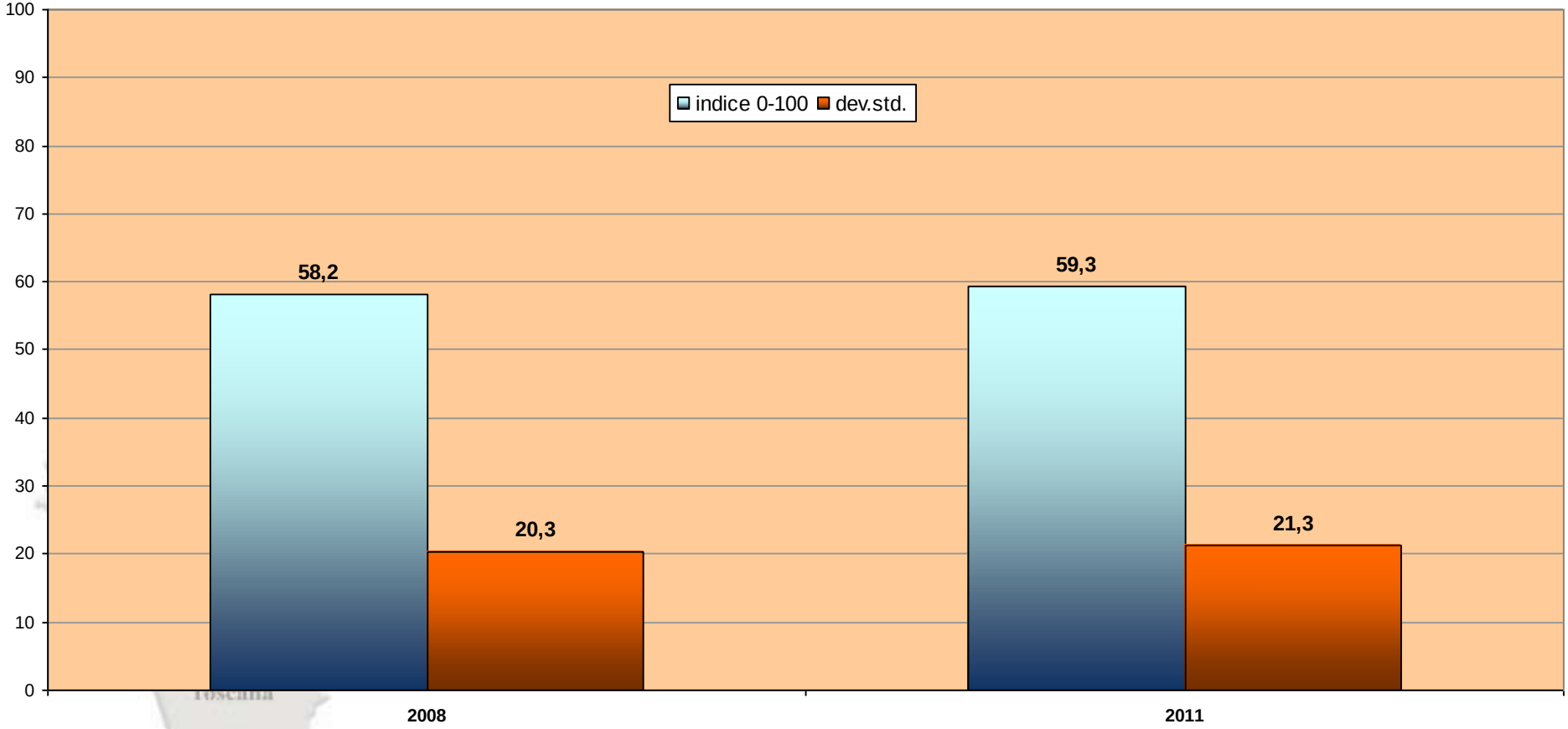
Marisa Bianchin – Carla Golfieri


Se Lei dovesse dare un voto alla qualità della sua vita, quale voto darebbe?
media voto
dev.std.
10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0
6,9
1,6
7,1
1,4
2008
2011

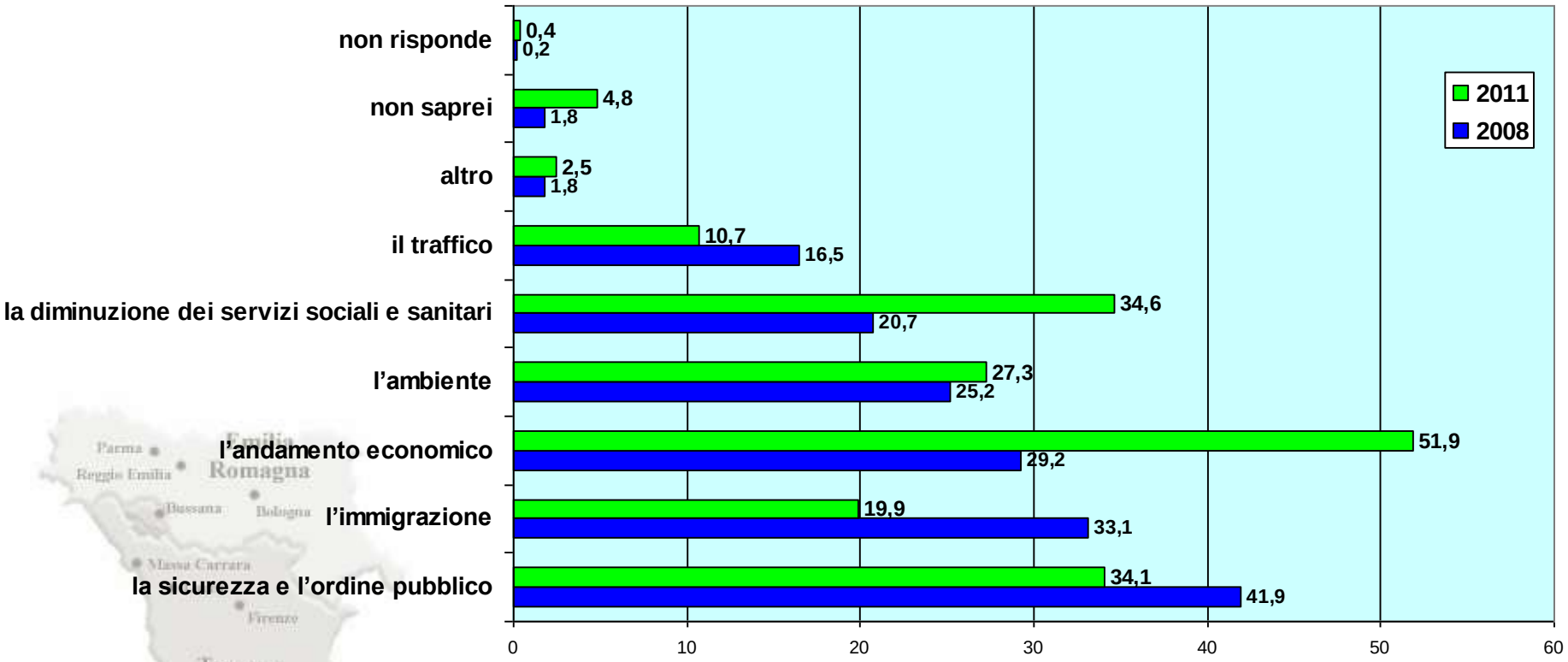
Se dovesse dare un voto complessivo, per quanto conosce o ha sentito dire, ai servizi sanitari nella Provincia di Ravenna, che voto darebbe?



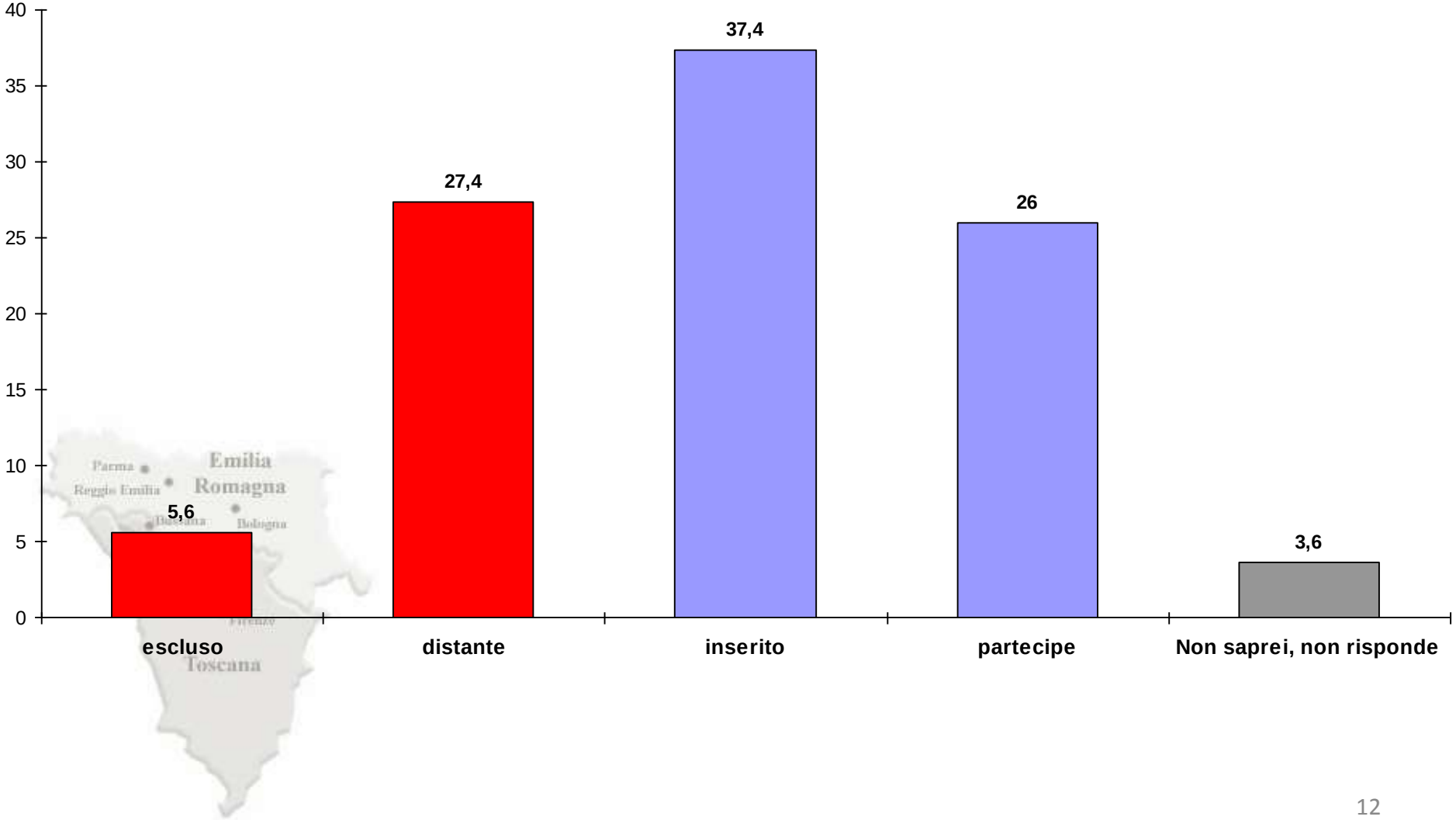
E nel complesso, i servizi sociali, sono di qualità ...:



Pensando al futuro del territorio in cui abita quale dei seguenti aspetti le fa sorgere maggiori incertezze o paure - multipla



Rispetto alla vita del suo Comune, lei si sente:



Regione Emilia-Romagna

Regione Toscana

Pratiche partecipative nell'ambito dei Piani di zona per la salute e il benessere sociale

Marisa Bianchin – Carla Golfieri

Regione Emilia-Romagna

Regione Toscana

DALLA PARTNERSHIP ALLA PARTECIPAZIONE

L'esperienza dei Piani Sociali di Zona

PUNTI DI FORZA

Hanno rappresentato un efficace e innovativo modello di governance locale consentendo di:

- ***fare rete sul territorio***
- ***coordinare le risorse, umane e economiche***
- ***negoziare punti di vista diversi***
- ***sviluppare collaborazione e integrazione***

CRITICITA'

I limiti che nel tempo si sono riscontrati rispetto a questa modalità di programmazione sono:

- ***elitismo (ruolo guida ricoperto da poche e selezionate organizzazioni)***
- ***eccesso di professionalismo (potere prevalente dei saperi disciplinari e degli specialisti***
- ***formalismo, burocrazia, proceduralizzazione (a volte auto iscritte a volte prescritte dalle committenze istituzionali dei progetti)***

Regione Emilia-Romagna

Regione Toscana

LA PROGRAMMAZIONE PARTECIPATA PER UN WELFARE DI COMUNITA'

IL METODO COMMUNITY LAB

- ✓ **P**rogrammare in modo partecipato nel tempo della vulneranbilità
- ✓ **G**enerare risorse corresponsabilizzando cittadini e forze della società civile
- ✓ **R**iconiugare sussidiarietà e ruolo di regia del pubblico
- ✓ **A**ttivare gruppi che a loro volta possono divenire sperimentatori/attuatori delle idee e dei progetti
- ✓ **A**ccompagnare la crescita di nuove esperienze finchè non siano in grado di camminare con le loro gambe
- ✓ **A**mpliare la possibilità di ascolto in contesti informali
- ✓ **P**rodurre risposte concrete ai cambiamenti che ogni giorno viviamo all'interno dei servizi e nelle relazioni tra cittadini\utenti e istituzioni

COMMUNITY LAB

Sperimentazioni di programmazione partecipata centrata su problematiche di lavoro nuove, trasversali rispetto ai vecchi target;

- *processi a porte girevoli e multi metodo (cura delle modalità di scambio);*
- *attivazione e cura di gruppi perché possono divenire a loro volta sperimentatori delle idee prodotte nei tavoli (attivazione);*
- *creazione di competenze di facilitazione interne ai sistemi locali e durature.*

Regione Emilia-Romagna

Regione Toscana

Regione Emilia-Romagna

Agenzia sanitaria e sociale regionale

COMMUNITY LAB

ingredienti del processo

ALLESTIRE UNA CABINA DI REGIA DEL PROCESSO

MAPPARE I GRUPPI E LE RISORSE LOCALI COINVOLGIBILI

DEFINIRE I LIVELLI DI PARTECIPAZIONE

- *livello 2, la presenza attiva dei cittadini: pensiero collettivo e ascolto attivo tra gruppi (la comunità indagante);*
- *livello 3 la presenza attiva che conta: risolvere problemi e progettare concretamente (problem setting e comunità decisionale sul futuro).*

INVITARE :FORME NUOVE DI COMUNICAZIONE SOCIALE

FACILITARE LO SCAMBIO TRA I *CITTADINI DIVERSI*

Marisa Bianchin – Carla Golfieri

Regione Emilia-Romagna

Regione Toscana

IL PERCORSO DELA PROGRAMMAZIONE PARTECIPATA

Ufficio di piano

Cabina di regia con tutte le sue componenti

Sociale, sanitario, educativo, scuola, politiche abitative, giovani...

OPEN SPACE TECNOLOGY

LABORATORIO PARTECIPATO …

LABORATORIO PARTECIPATO …

LABORATORIO PARTECIPATO …

LABORATORIO PARTECIPATO …

Marisa Bianchin – Carla Golfieri

Come coinvolgere nuovi attori oltre i soliti noti : modalità di "aggancio

Tecniche dell'invito allargato, tra cui:

-"impollinazione" : *passaparola allestito tramite figure di riferimento* (talenti sociali)

- allestimento di contesti conviviali come opportunità per agganciare i cittadini in esodo dalla cittadinanza

- uscire dagli uffici e andare là dove le persone si incontrano: *andare fuori dalle istituzioni per comprendere*

- ascoltare in contesti informali fuori dai set professionali, il cortile della scuola oppure la festa di quartiere

- incontro con i gruppi e le aggregazioni spontanee

- predisposizione di agorà virtuali

- flash mob

labassaromagna 2020

quali pratiche nel welfare del futuro?

11 gennaio 2014

Pala Banca di Romagna - Lugo

La comunità che pensa alla comunità

quali pratiche nel welfare del futuro?

Regione Emilia-Romagna

Regione Toscana

Target ⇒ Tematiche trasversali

1 PIANO PER LA NON AUTOSUFFICIENZA PERCORSI DOMICILIARI E RESIDENZIALI

2 FRAGILITA' ECONOMICA: TRA POVERTA' E NUOVE FORME DI IMPOVERIMENTO

- sostegno al reddito ed equità redistributiva
- prevenire la marginalità: progetti a bassa soglia
- la casa e l'abitare
- il lavoro

3 CURA E TUTELA: COLTIVARE IL BENESSERE

- educazione, prevenzione, accoglienza, contrasto alla violenza di genere
- la famiglia al centro
- scuola e integrazione
- promozione della salute

4 PROGETTI PER L'INTEGRAZIONE PROFESSIONALE

DOVE SIAMO

- Abbiamo ampliato l'orizzonte di programmazione
- Costruito e manutentato ponti, reti, sistemi di alleanze con la comunità
- Condotto gruppi di progettazione e riflessione "anomali" in cui la capacità di proporre ipotesi deve accompagnarsi con l'accettazione di una loro riformulazione alla luce delle osservazioni dei partecipanti.
- Parlato di benessere e salute e non di organizzazione sanitaria e di servizi (lavori in corso…)

Un nuovo percorso per la programmazione integrata

Un intervento efficace sulla promozione della salute deve intervenire su tutte le determinanti di salute modificabili e non limitarsi all'organizzazione dei servizi

Determinanti di salute

Salute = processo dinamico di adattamento che consente alle persone di esercitare un maggior controllo sulla propria salute e di migliorarla

(Organizzazione Mondiale della Sanità - 2008)

Determinanti della salute (OMS)

Non Modificabili	Socio economici	Ambientali	Stili di vita	Accesso ai Servizi
Genetica	Povertà	Aria	Alimentazione	Istruzione
Sesso	Occupazione	Acqua e alimenti	Attività fisica	Tipo di sistema sanitario
Età	Esclusione sociale	Abitazione	Fumo	Servizi Sociali
		Ambiente sociale e culturale	Alcol	Trasporti
			Attività sessuale	Attività ricreative
			Farmaci	

Contributo (in %) dei determinanti della salute alla longevità (75 anni)
Confronto tra i risultati della ricerca e l'opinione della popolazione

	Ricerca	Opinione della popolazione
S.Sanitari	10 - 15%	60 - 65%
Ambiente	20 - 25%	20%
Condizione socio-economica	45 - 50%	10%
Biologia-Genetica	20%	5 -10%

Fonte: G.Domenighetti, COM-P.A. 4 novembre 2005

Gradiente sociale di salute: alcune osservazioni…..

Determinanti Socio-economici della salute

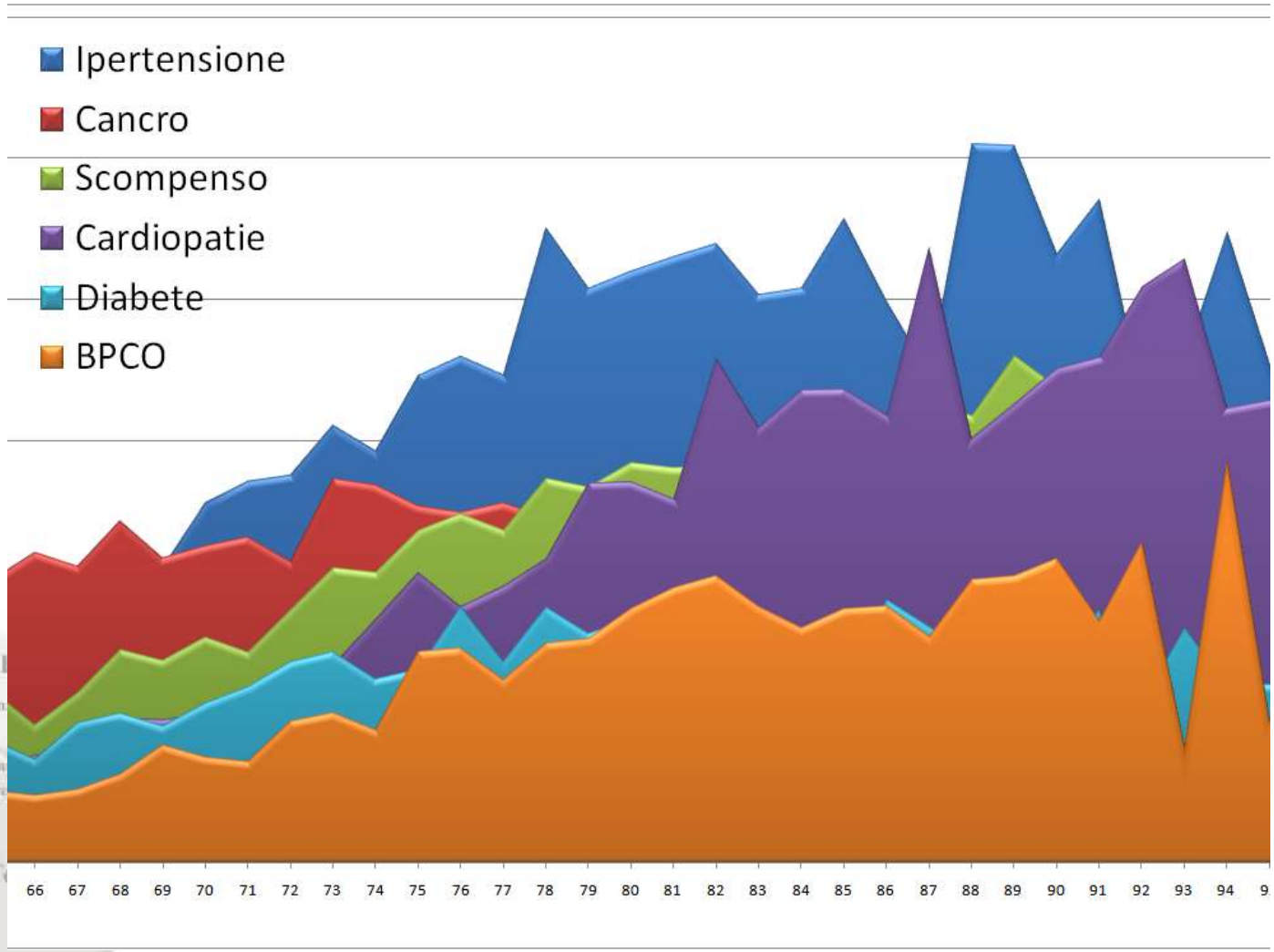
Stato soggettivo di salute **68,4% vs 88,8%**	Il 68.4% dei soggetti della classe sociale inferiore giudica "buono" o "molto buono" il proprio stato di salute, la classe superiore raggiunge l'88.8%.
Problemi psichici e fisici da + di 1 anno 27,3 % vs 10,1 %	La percentuale raddoppia dalla classe sociale superiore (10.1%) alla classe sociale inferiore (27.2%).
Insonnia **16,5 % vs 7,3 %**	Il 16.5% dei soggetti della classe sociale inferiore segnala di soffrire molto spesso di questi disturbi contro la metà nella classe superiore (7.3%).
Obesità **10,6 % vs 6;2 %**	Nella classe sociale inferiore la percentuale di obesi risulta più alta (10.6%) che in quella più elevata (6.2%).
Consultazioni mediche **85,6 % vs 76,3 %**	L'85,6% degli appartenenti alla classe sociale inferiore, durante i 12 mesi precedenti l'inchiesta, ha effettuato almeno una visita medica contro il 76,3% per coloro che appartengono a quella superiore.
Ospedalizzazione **16,2 % vs 6,1 %**	Il 16.2% delle persone appartenenti alla classe sociale inferiore riferiscono di essere state ospedalizzate nel corso dell'anno precedente, mentre la classe sociale superiore denuncia una percentuale del 6.1%. La durata della degenza ospedaliera è inoltre più breve per le persone appartenenti alla classe sociale superiore.
Consumo di farmaci **48,9 % vs 30,7 %**	Nella classe sociale superiore meno di 1 persona su 3 (30.7%) ha consumato medicine nella settimana precedente l'inchiesta. La percentuale aumenta per la classe media (42.3%) per raggiungere quasi 1 persona su 2 per la classe sociale più disagiata (48.9%). Un'analisi più specifica mostra che questa tendenza è soprattutto presente nelle donne.
Consumo di sonniferi e tranquillanti **16,9 % vs 3,9 %**	Se si considera l'assunzione di almeno un sonnifero o un tranquillante nella settimana precedente l'indagine, la differenza fra i ceti sociali risulta estremamente marcata. Nella classe sociale più bassa, il consumo di queste sostanze è 4 volte superiore (16.9%) al consumo della classe più agiata (3.9%).

Fonte: G.Domenighetti Punto Omega n. 11 (TN)

Salute e futuro: dove siamo orientati

DOVE SIAMO ORIENTATI

	OGGI	PROSSIMO FUTURO
CITTADINI E COMUNITA'	Orientamento alla domanda e offerta di servizi e interventi singoli	Orientamento ai bisogni dell'utente e ai processi assistenziali
	Approccio individuale alla cura	Approccio di comunità (proattivo, multidisciplinare)
	Soddisfare interessi singoli e soddisfare le pratiche mediche	Tutela dei percorsi di cura (advocacy)
	Centratura sui prodotti offerti	Centratura sui risultati in termini di esiti di salute
OFFERTA DI SERVIZI	Offerta stabile e standardizzata	Flessibilità e adattamento all'evoluzione dei bisogni (sistema reattivo e responsivo)
	Promozione delle Cure Primarie e delle sue forme organizzative	Sviluppo dell'Assistenza Primaria per la gestione della patologia cronica (Casa della Salute)
	Ricerca di collaborazione nei processi integrati nell'assistenza al domicilio (dimissioni protette, ADI ad alta intensità assistenziale)	Ricerca della massima complementarietà e interdipendenza fra livello ospedaliero e territoriale (accesso e dimissione) fra livello sanitario e livello sociale
	Ospedale come sede di trattamento per gli stati di acuzie	Ospedale orientato al trattamento di episodi di cura dell'acuzie stratificando la risposta a diversi livelli assistenziali
RUOLO AUSL	Sperimentazione di nuovi ruoli e responsabilità per le nuove professioni	Valorizzazione di nuovi ruoli e professionalità dei soggetti titolari della presa in carico clinico e assistenziale
	Gestione efficiente delle risorse economiche	Appropriatezza e rapporti costi efficacia, rendicontazione sociale



Percentuale di alcune patologie croniche per età

Regione Emilia-Romagna

Regione Toscana

La piramide della salute

Erogazione dei servizi

Servizi: fruibilitài, appropriatezza d'uso, competenza e qualità delle prestazioni sanitarie, organizzazione

Controllo delle malattie

Sistemi Sanitari

Organizzazione dei servizi
Responsabilità individuale dei cittadini

Riduzione del rischio

Determinanti di salute

Responsabilità individuale dei cittadini (contrastare comportamenti che danneggiano la salute)

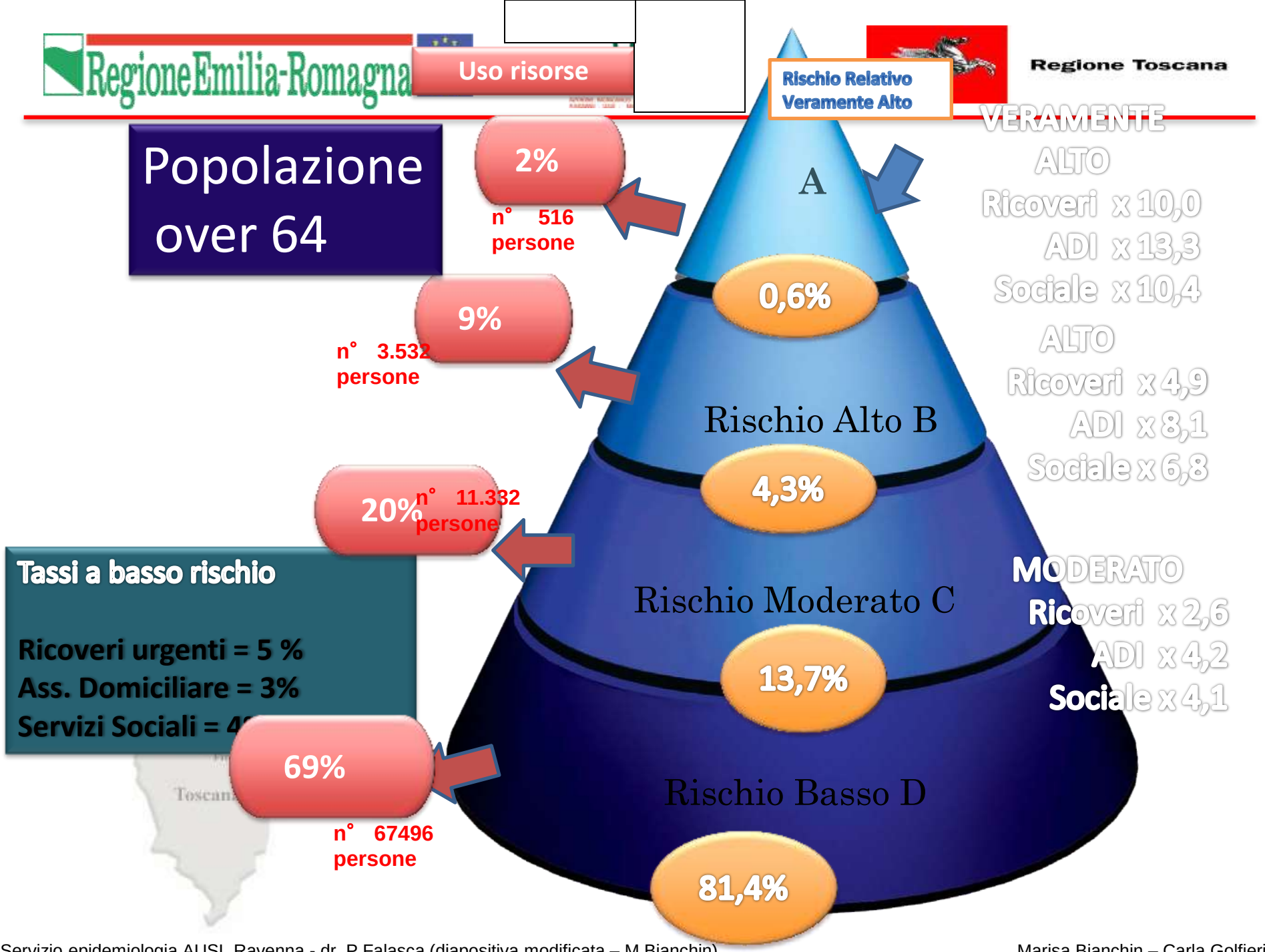
Marisa Bianchin – Carla Golfieri

Regione Emilia-Romagna

Uso risorse

Regione Toscana

Popolazione over 64



Tassi a basso rischio

Ricoveri urgenti = 5 %
Ass. Domiciliare = 3%
Servizi Sociali = 4

Verso l'assistenza territoriale in sanità

Nell'assistenza primaria occorre promuovere attivamente, con il coinvolgimento di tutti i professionisti del sanitario e del sociale, la transizione da un modello organizzativo caratterizzato da professionisti abituati a lavorare in maniera sostanzialmente autonoma ad un modello di medicina del territorio caratterizzato da modalità assistenziali integrate improntate ad alcuni principi:

- Approccio interdisciplinare ai problemi di salute sia acuti che cronici
- Sviluppo di strumenti per il monitoraggio delle persone fragili la loro presa in carico
- Gestione pro-attiva delle patologie croniche e della fragilità sanitaria
- Focalizzazione sulle cure domiciliari con particolare riguardo all'assistenza ai malati terminali (Rete delle Cure Palliative)
- Forte attenzione all'uso appropriato delle risorse
- Coinvolgimento delle comunità nell'individuazione dei bisogni e delle priorità, attivando momenti di confronto finalizzati allo sviluppo di empowerment individuale e di comunità valorizzando e sostenendo il ruolo dei caregivers

DGR 284/2013

Casa della Salute

Il modello **“casa della salute” rappresenta un** luogo di pratica interdisciplinare e interprofessionale dove i cittadini possono trovare risposta alla loro domanda di salute, attraverso l’accesso a servizi sanitari di primo livello, medico ed infermieristico, la disponibilità di prestazioni specialistiche ambulatoriali a bassa sofisticazione tecnologica e l’accesso a prestazioni specialistiche di secondo livello

E’ un modello che va adeguatamente implementato, ripensando la programmazione territoriale alla luce della riorganizzazione della rete ospedaliera, in modo integrato con la rete dei servizi sociosanitari

DGR 284/2013