



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Forlì

## Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria del Comprensorio forlivese

# ATTO DI INDIRIZZO E DI COORDINAMENTO

per il Piano di Zona per la salute ed  
il benessere sociale 2009-2011





***Ai cittadini e alle cittadine, alle Istituzioni e a tutte le organizzazioni sociali della comunità forlivese***

*L'Atto di indirizzo e coordinamento approvato dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, è il documento programmatico che dà l'avvio alla programmazione attuativa del 1° Piano sociale e sanitario della Regione Emilia Romagna e come tale riveste una particolare importanza in quanto deve tradurre a livello locale le linee strategiche per la realizzazione del nuovo welfare di comunità, basato su un sistema integrato di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari e sui nuovi assetti di responsabilità delle istituzioni nel governo della salute.*

*Nel comprensorio forlivese si parte da una realtà di servizi di buon livello, ad ampia diffusione territoriale, con espressioni di eccellenza, ma i mutamenti intervenuti nel quadro demografico e socio-economico, richiedono un ulteriore sforzo per garantire risposte appropriate ai bisogni sempre più complessi in una logica di sostenibilità del sistema.*

*Occorre sviluppare risposte unitarie che considerino la persona nella sua globalità, che sappiano garantire appropriatezza e continuità di cura. Dalle esperienze già maturate nella realtà forlivese, sappiamo che accompagnare il cittadino nei percorsi di promozione del benessere e di tutela della salute in modo integrato fra i professionisti e in un quadro di coerenze istituzionali, dà buoni risultati.*

*Si deve migliorare e cogliere la sfida dell'innovazione, in quanto garantire risposte personalizzate e nel contempo garantire equità d'accesso nei vari territori è possibile in una logica di integrazione a tutti i livelli: quello istituzionale e quello professionale. Di qui la scelta dei "percorsi" di questo atto programmatico, come risposta per lo sviluppo del sistema forlivese.*

*Percorsi interistituzionali, ma soprattutto "percorsi di salute e di cura per i cittadini", modalità di risposta fortemente promosse a livello locale per integrare le dimensioni sociale, sanitaria e socio-sanitaria, mettendo in relazione l'ospedale con il territorio e potenziando la risposta per contrastare i fattori che influenzano negativamente lo stato di salute. Lo sforzo è quello di far dialogare professioni e culture diverse sin dal momento della programmazione, per consolidare il rapporto fra salute e stili di vita dei cittadini. Un patto che, al di là dei modelli, deve vedere nuove responsabilità sia della comunità che del singolo per presidiare il bene salute, fondamentale per lo sviluppo di una società.*

*Siamo fiduciosi che questo primo esito programmatico, scaturito da una progettazione comune e da uno stretto confronto fra terzo settore, parti sociali ed Enti locali, rappresenti una reale trasformazione di prospettiva di sistema che potrà garantire lo sviluppo di un welfare di comunità più vicino ai cittadini.*

***La Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria di Forlì***



**Atto di indirizzo e di coordinamento  
della Conferenza Sociale e Sanitaria di Forlì**

**Approvato dalla Conferenza Sociale e Sanitaria di Forlì il 13/10/08**

**Indice**

<b>1. Scenario di riferimento .....</b>	<b>1</b>
1.1 Gli indirizzi regionali.....	2
1.2 Percorso e contenuti dell'Atto di indirizzo .....	5
1.3 Quadro e raccordo con la programmazione in ambito provinciale .....	6
<b>2. Profilo di comunità: sintesi e criticità.....</b>	<b>12</b>
2.1. Percorso.....	12
2.2. Sintesi e risultati percorso d'ascolto .....	12
2.3 Analisi mutamenti in essere .....	16
<b>3. Indirizzi e priorità strategiche per il Piano di zona distrettuale per la salute e il benessere sociale .....</b>	<b>20</b>
3.1 Principi.....	20
3.2 Assi strategici della programmazione 2009-2011 .....	22
3.2.1 Asse1: Promozione della qualità del contesto di vita.....	23
Sviluppare il rapporto ambiente e salute .....	23
Sostenere la coesione sociale .....	25
3.2.2 Asse 2: Promozione della salute e del benessere dei cittadini attraverso lo sviluppo di percorsi di salute e di cura .....	27
Percorsi di salute dei cittadini .....	29
Percorsi di cura dei cittadini .....	35
3.2.3 Asse 3: Sviluppo dell'infrastruttura fra prossimità e poli di eccellenza .....	44
Area Vasta Romagna.....	45
Autosufficienza Territoriale.....	48
Assistenza Ospedaliera .....	48
Assistenza Primaria.....	52
Sviluppo di "piattaforme logistiche" .....	53
<b>4. Indirizzi per il coordinamento, la partecipazione, il monitoraggio e la valutazione .....</b>	<b>56</b>
4.1. Strumenti di coordinamento interistituzionale ed operativo .....	56
4.2.Indirizzi per la partecipazione e la concertazione .....	57
4.3. Indirizzi per il monitoraggio e la valutazione dell'Atto .....	58



# 1. Scenario di riferimento



## 1.1 Gli indirizzi regionali

## 1.2 Percorsi e contenuti dell'Atto di indirizzo

## 1.3 Quadro e raccordo con la programmazione in ambito provinciale

Negli ultimi anni, nel sistema di Welfare a livello nazionale e regionale sono stati decisi e prospettati molti aggiornamenti che, al di là dell'accento sui modelli, scaturiscono da un'estensione del principio della **Tutela** intesa oramai non solo come una funzione protettiva o difensiva, quanto piuttosto come un'espansione della quota di potere delle persone (empowerment), ovvero una funzione non passiva ma partecipativa, a partire dai più deboli, nei confronti con le istituzioni, le tecnologie e le professioni. Si tratta di ricongiungere i diritti esigibili delle persone ad altrettanti doveri e a un impegno di solidarietà personale e collettiva. Nelle prospettive di governo si è confermata la tendenza ad aggiornare i principi ispiratori dei servizi (unitarietà, universalità, equità) e si è aggiunto l'impegno globale di responsabilità da parte di tutte le politiche pubbliche "non direttamente sanitarie che influiscono notevolmente sullo stato di salute della popolazione".

E' noto infatti che numerosi fattori politici, economici, sociali, culturali, ambientali, comportamentali intervengono a modulare le caratteristiche biologiche e il patrimonio genetico degli individui e della specie determinando effetti positivi o negativi sulla salute.

Studi internazionali hanno cercato di stimare l'impatto di alcuni di questi fattori sulla longevità delle comunità, utilizzata come indicatore indiretto della salute: i fattori socio-economici e gli stili di vita, contribuiscono per il 40-50%, lo stato e le condizioni dell'ambiente per il 20-30%, l'eredità genetica per un altro 20-30% e i servizi sanitari per il 10-15%.

D'altra parte condizioni ambientali favorevoli e disponibilità di risorse sono da sempre essenziali per la sopravvivenza e quindi prerequisiti della salute: basti pensare all' incremento della statura media della popolazione italiana determinata da una migliore alimentazione. Di pari passo crescono sempre più anche le evidenze scientifiche e la diffusa consapevolezza degli effetti negativi che mutamenti ambientali e condizioni economiche possono provocare sulla salute della collettività o su alcuni gruppi di popolazione più fragili, più esposti, o più svantaggiati.

Come ben analizzato dalla *Commissione per i determinanti sociali della salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità*, la medicina e l'assistenza sanitaria costituiscono solo uno dei fattori influenti sulla salute e molti altri dipendono dall'ampio spettro di condizioni sociali ed economiche in cui vivono le persone. Le differenze si manifestano in diverso grado, ma ovunque: nascere in un contesto o in un altro significa avere aspettative di vita diverse, legate alla mancanza di condizioni elementari dell'esistenza, a fattori materiali come la qualità del lavoro, il reddito, il rischio, ma anche immateriali: la dipendenza, le relazioni conflittuali, i condizionamenti a stili di vita nocivi, ecc..

Anche nella stessa Italia vi sono gradienti diversi fra regioni del Nord e del Sud rispetto ad alcune patologie (es. obesità, tumori) e fra gruppi di popolazione all'interno della stessa regione.

Purtroppo anche avendone approfondita conoscenza non sempre i determinanti di salute possono essere governati a livello solo locale, infatti nell'odierno mondo globalizzato le barriere di tempo e di spazio che tradizionalmente separavano le persone e le nazioni si sono ridotte, portando ad un'intensificazione del commercio internazionale, dei viaggi e delle

comunicazioni oltre che la diffusione di patologie vecchie e nuove (SARS, influenza aviaria, ecc.); per cui non possiamo considerare la nostra salute come un qualcosa di isolato: Ormai è chiaro e condiviso **che la salute del mondo è indivisibile e costituisce un bene comune da presidiare** e che, di conseguenza, promuovere la salute è un diritto ed un dovere di cittadinanza globale, partendo dalle seguenti affermazioni<sup>1</sup> :

- "La salute, come stato di benessere fisico, mentale e sociale e non solo come assenza di malattia o infermità, è un diritto fondamentale dell'uomo e l'accesso ad un livello più alto di salute è un obiettivo sociale estremamente importante, d'interesse mondiale, e presuppone la partecipazione di numerosi settori socio-economici oltre che di quelli sanitari."
- "Le profonde disuguaglianze nello stato di salute tra i paesi più industrializzati e quelli in via di sviluppo, così come all'interno dei paesi stessi, sono politicamente, socialmente ed economicamente inaccettabili e costituiscono motivo di preoccupazione comune per tutti i paesi"

Dopo vent'anni, nel 1999 l'Organizzazione Mondiale della Sanità con il documento *HEALTH21-Salute per tutti nel 21 ° secolo*, è tornata a richiamare i programmatori su tre valori che devono costituire il fondamento etico dell'agire per il miglioramento della salute dei cittadini europei:

- la salute come **diritto** umano fondamentale;
- l'**equità** nella salute e la solidarietà nell'azione;
- la **partecipazione e la responsabilità** da parte di individui, gruppi, istituzioni e comunità per lo sviluppo della salute.

Questo documento, così chiamato perché trattava non solo con la salute nel 21° secolo, ma anche perché stabiliva 21 principi, era incentrato sul messaggio chiave della uguaglianza. In realtà, il documento non pretende che sia possibile conseguire la parità direttamente, ma piuttosto si sforza di "colmare le lacune", vale a dire **di ridurre le disuguaglianze**.

In linea con questo spirito nelle Conclusioni del Consiglio dell'Unione Europea del 1 dicembre 2006 sulla *Salute in tutte le politiche*, l'Europa si è dotata di un obiettivo volto a fare divenire sempre più incisiva e omogenea la politica per la salute dell'intera Unione, attraverso un efficace coordinamento delle iniziative dei singoli Stati Membri e delle istituzioni europee. Questo obiettivo si è tradotto in una strategia fissata nel Libro Bianco dal titolo *Insieme per la salute: un approccio strategico per l'UE 2008-2013*, i cui principi sono:

1. una strategia basata su valori in salute condivisi, quali l'universalità, l'accesso alle cure, la solidarietà e l'equità, che significa riduzione delle disuguaglianze in salute. Un valore sostanziale è l'empowerment dei cittadini, mentre la ricerca è alla base di politiche che vogliono fondarsi sulla evidenza scientifica;
2. la salute è la più grande delle ricchezze sia per gli individui che per la società, ed inoltre una popolazione sana è prerequisito per la produttività economica e la prosperità. Nel 2005 infatti il numero degli anni vissuti in buona salute (HLY) è stato incluso come indicatore strutturale di Lisbona, per sottolineare che l'aspettativa di vita della popolazione in buona salute e non solo la durata della vita, è un fattore di crescita economica;
3. la salute in tutte le politiche che significa, quindi, da un lato desanitarizzazione e dall'altro lato responsabilizzazione sugli impatti sulla salute di tutte quelle politiche che tradizionalmente si considera abbiano altri obiettivi. Significa, inoltre, affrontare il problema della spesa sanitaria che cresce in tutti i sistemi dei nostri paesi con un approccio non riduzionista, ma ambizioso e orientato alla tutela dei diritti.

## **1.1 Gli indirizzi regionali**

E' proprio partendo da questi principi che è stato disegnato il *Piano sociale e sanitario 2008-2010 della regione Emilia-Romagna* che porta a compimento un sistema integrato di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari per la realizzazione di un nuovo welfare universalistico, equo, radicato nelle comunità locali e nella regione diretto a dare risposte a bisogni "della società che cambia", sempre più articolati e complessi. Risposte unitarie che considerino la persona nella

---

<sup>1</sup> Dalla **Dichiarazione di Alma Ata**, adottata dalla Conferenza Internazionale sull'assistenza sanitaria primaria tenuta il 6-12 settembre 1978

sua globalità, anche di relazione, che sappiano garantire assistenza senza soluzione di continuità.

L'obiettivo è lo sviluppo di una società solidale, in cui i diritti siano esigibili, in cui sia rafforzata quella coesione sociale che da sempre caratterizza la comunità regionale e che rappresenta un alto fattore di crescita e dunque di competitività.

Le politiche regionali negli anni recenti hanno investito sull'obiettivo di far nascere sistemi di welfare locali centrati sulla lettura dei bisogni e della programmazione in forma associata e concertata (i Piani di zona). Tale obiettivo si coniuga con la valorizzazione del ruolo della Regione come ente di programmazione, di regolazione e di indirizzo, degli Enti locali quali enti di programmazione, di progettazione ed erogazione dei servizi, dell'associazionismo e del volontariato quali soggetti partecipi all'erogazione dei servizi

Questo si è tradotto in un modello di sistema fortemente incentrato sulle responsabilità diffuse di tutti gli attori :

- degli Enti locali e delle Aziende Sanitarie per le funzioni di governo attraverso le Conferenze territoriali sociali e sanitarie ed il Comitato di Distretto,
- degli operatori per le strategie aziendali e l'organizzazione dei servizi attraverso il Collegio di direzione,
- dei cittadini e delle loro forme organizzate per la gestione e valutazione dei servizi;

e sull'organizzazione dei servizi a forte orientamento distrettuale, privilegiando i principi della prossimità e della presa in carico. In questo quadro di fondamentale importanza lo sviluppo dell'Assistenza primaria e delle forme associative dei medici di medicina generale (i Nuclei delle cure primarie del Distretto) in modo da garantire maggiore accessibilità con ampliamento degli orari di apertura degli ambulatori e continuità delle cure attraverso la rete con gli altri servizi. A ciò si associa lo sviluppo della promozione della salute e della prevenzione delle malattie attraverso la partecipazione di diversi soggetti e la necessità di sviluppare le competenze professionali e una partecipazione più organica dei Dipartimenti di sanità pubblica delle Aziende USL al tema generale della sanità pubblica sviluppando una azione più unitaria con gli altri servizi sanitari. Per l'Assistenza ospedaliera, viene confermato il modello delle reti integrate di servizi Hub & Spoke: ospedali di alta specializzazione (HUB) collegati agli ospedali del territorio (SPOKE) per trattare casi complessi che richiedono alte tecnologie e professionalità.

Le politiche e i servizi, integrati con quelli sanitari e sociosanitari, sono rivolti in particolare all'infanzia, ai giovani, alle famiglie, agli anziani, alle persone con disabilità, alle persone che vivono in situazioni di disagio sociale o economico, e perseguono obiettivi generali di benessere sociale. In particolare: contrasto della povertà e del rischio di esclusione sociale, sostegno all'inserimento sociale e lavorativo delle persone e delle famiglie immigrate, supporti alle famiglie, promozione dell'agio e del protagonismo dei bambini e dei giovani, riqualificazione del sistema di accoglienza dei minori accolti in affido o in comunità, sostegno alla non autosufficienza, alla domiciliarità, alle responsabilità familiari di cura con particolare riferimento al ruolo delle donne, al potenziamento dei servizi educativi e per favorire l'inclusione sociale e l'autonomia delle persone con disabilità. Il sistema dei servizi è universalistico, finanziato dai Fondi sociali nazionale e regionale gestiti dai Comuni; prevede una graduazione degli accessi per indirizzare le risorse e i servizi verso le situazioni caratterizzate da maggiore fragilità sociale e da bisogni di maggiore intensità perseguendo equità nell'accesso (a pari bisogni e condizioni, pari servizi) ed equità nella compartecipazione alla spesa (applicazione dell'ISEE, strumento di valutare della situazione economica complessiva della famiglia: reddito, situazione patrimoniale, numerosità del nucleo familiare).

Il Piano non rappresenta però una semplice sommatoria delle linee di programmazione, ma una trasformazione di ottica e il riconoscimento della necessità di declinare assieme le problematiche della sanità e del sociale per fare del welfare una parte sostanziale e positiva del cambiamento in atto.

Per perseguire lo sfidante obiettivo di assicurare risposte differenziate e personalizzate con equità d'accesso, si è reso necessario **lo sviluppo di reti assistenziali integrate** possibili a seguito di **integrazioni a più livelli**: istituzionale, gestionale, professionale e comunitario.

**L'integrazione a livello istituzionale:** prevede lo sviluppo di varie forme di governance a livello provinciale, distrettuale e dei Comuni, per raggiungere obiettivi di interesse comune anche a settori diversi (politiche sanitarie, ambientali, urbanistiche, abitative, formative, occupazionali, private) che si attuano nel Distretto quale punto di programmazione e di erogazione dell'assistenza primaria e quale luogo appropriato per l'integrazione tra soggetti e servizi sanitari, socio-sanitari e sociali, gestiti dal pubblico (Aziende Usl, ASP, Comuni) o dal privato sociale profit e no profit. Gli organi di raccordo tra Enti locali e Aziende USL per il governo, a livello locale, di funzioni e servizi sanitari e socio-sanitari in cui si sviluppa l'integrazione sono la Conferenza territoriale sociale e sanitaria e il Comitato di Distretto, mentre lo strumento che la presidia è l'**Atto di indirizzo e coordinamento**, che definisce le indicazioni strategiche sull'area dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari territoriali, raccordandole con il quadro della pianificazione locale (Piano Territoriale di Coordinamento Provinciale; Agenda 21, politiche formative e del lavoro..).

Tutto ciò risulta ancora più importante alla luce della **L.R.n.10 30/6/08** "Misure per il riordino territoriale, l'autoriforma dell'amministrazione e la razionalizzazione delle funzioni" con cui la Regione nell'ambito della riforma del titolo V della Costituzione promuove la semplificazione e rafforza le politiche pubbliche tramite la riforma delle Comunità montane e l'incentivazione delle Unioni dei Comuni. Tali sono le forme individuate nella legge come gli strumenti istituzionali appropriati per l'esercizio associato delle funzioni e dei servizi e per la stabile integrazione delle politiche comunali con orientamento al conferimento delle funzioni alla forma associativa in modo integrale rispetto ai compiti caratteristici.

**L'integrazione a livello gestionale:** Il modello organizzativo del nuovo welfare, promosso dai Piani di zona, e in continuità con quello già adottato con il 3° Piano sanitario regionale, è costituito da reti integrate di servizi fra i servizi ospedalieri, fra i servizi ospedalieri e i servizi sanitari del territorio, ma anche tra i servizi sociali e i servizi sociosanitarie sanitari. Si sviluppa in forme associative tra Enti locali per il governo e l'erogazione dei servizi sociali, in accordi gestionali tra Comuni e Aziende USL per la costituzione di nuovi Uffici di piano a supporto della programmazione ed erogazione di servizi in ambito distrettuale. Ambito quest'ultimo che diventa:

- da un lato la sede elettiva della integrazione attraverso il Comitato di Distretto e il direttore di Distretto con il supporto dei nuovi Uffici di piano nel governo e nella programmazione dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali a livello distrettuale; della elaborazione del piano e dell'utilizzo del Fondo per la non autosufficienza; della costituzione delle Aziende pubbliche di servizi alla persona (nate dalla trasformazione delle ex Ipab);
- dall'altro lato la sede dei rapporti con soggetti privati profit e no profit nell'erogazione di servizi sociali e socio-sanitari residenziali e domiciliari, dei rapporti con il volontariato e l'associazionismo.

Gli strumenti sono: il **Piano di zona distrettuale per la salute e il benessere** di durata triennale che, in coerenza con l'Atto di indirizzo e coordinamento della Conferenza Sociale e Sanitaria Territoriale individua le priorità nelle diverse aree d'intervento (sociale, socio-sanitaria, sanitaria relativa ai servizi territoriali con il relativo quadro finanziario triennale di riferimento, specificando le integrazioni) ed il relativo **Piano Attuativo Annuale** in cui vengono declinati obiettivi ed azioni operativi per ogni singolo anno.

**L'integrazione professionale:** Per dare risposte integrate a bisogni complessi che implicano una presa in carico globale della persona con un approccio multidisciplinare e multidimensionale sono necessarie modalità di lavoro condivise ed innovative, incentrate organizzativamente:

- sull'integrazione, a livello locale, tra i punti informativi e di accesso ai servizi, con una particolare attenzione alle fasce "più deboli" (anziani, immigrati, persone con "disagio" economico e sociale): gli Sportelli sociali, gli Sportelli unici distrettuali, gli Uffici relazioni con il pubblico devono dunque essere tra loro comunicanti;
- sulla costruzione di percorsi incentrati sui cittadini e sui loro bisogni.

Tali processi di integrazione andranno supportati dall'introduzione nei servizi di profonde innovazioni:

- biomediche e tecnologiche soprattutto nei servizi sanitari,
- organizzative e professionali (in particolare la qualificazione del personale e l'introduzione di sistemi informativi integrati) in tutti i servizi.

**L'integrazione a livello comunitario:** La comunicazione e la partecipazione della comunità competente (terzo settore, no-profit, cittadinanza attiva) viene riconosciuta come fondamentale per rendere effettiva la loro possibilità di determinare in modo attivo i percorsi di sostegno che li riguardano, per rafforzare la capacità delle persone di effettuare scelte consapevoli rispetto alla salute e di orientare i propri comportamenti. In particolare è valorizzata la partecipazione del Terzo settore alle diverse fasi connesse ai processi previsti dall'art.20 L.R.2/2003 e dal PSSR a livello di programmazione, di progettazione, di realizzazione e di erogazione dei servizi e degli interventi sociali, nonché ai processi di valutazione.

Più in generale, soprattutto nella gestione delle malattie croniche il paziente diventa il protagonista attivo dei processi assistenziali; la gestione di queste malattie può essere insegnata alla maggior parte dei pazienti e un rilevante segmento di questa gestione - la dieta, l'esercizio fisico, il monitoraggio, l'uso dei farmaci - può essere trasferito sotto il loro diretto controllo. Occorre naturalmente anche promuovere la partecipazione delle associazioni organizzando le risorse della famiglia e della comunità per fornire ai pazienti un continuo supporto all'autocura e ai cittadini un sostegno alla gestione di attività di promozione della salute (ad esempio attività fisico-motoria del cittadino sano..)

Anche la costruzione del sistema di rapporti con i fornitori di servizi basato sull'**accreditamento** costituirà un profondo cambiamento del sistema di relazione locale: ai produttori viene riconosciuta piena responsabilità nella gestione dei servizi e garantita maggiore stabilità nei rapporti a fronte di accettazione di principi e criteri che regolano il sistema locale dei servizi a rete e delle modalità di verifica in ordine al possesso dei requisiti.

## ***1.2 Percorso e contenuti dell'Atto di indirizzo***

Tali orientamenti generali, naturalmente, vanno declinati sulla base delle particolarità del nostro territorio che, negli ultimi anni, ha espresso la propria programmazione sociale e sanitaria attraverso gli obiettivi contenuti nei Piani Sociali di Zona, nel Programma delle Attività Territoriali, nei Piani per la Salute e nei contenuti economico-finanziari corrispondenti.

La nuova fase programmatica che ha inizio con il presente Atto di indirizzo e coordinamento e che continuerà poi a livello distrettuale con il Piano di zona distrettuale per il benessere e la salute, per il comprensorio forlivese è semplificata rispetto al disegno regionale coincidendo l'ambito distrettuale con quello della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria ed essendo costituite in parte dagli stessi professionisti sia l'Ufficio di supporto alla Conferenza che l'ufficio di piano. Ciò non toglie che il percorso di coinvolgimento del sistema locale sia risultato ugualmente complesso, per la valutazione congiunta del livello programmatico provinciale e per il recepimento delle numerose esperienze valutative e concertative sperimentate a livello programmatico locale. Di particolare rilievo fra queste la **partecipazione del terzo settore** alla fase di pianificazione, sin dal 2000 attraverso la sperimentazione di forme di rappresentanza di secondo livello delle diverse componenti attive a livello territoriale, coronata nell'individuazione della Conferenza distrettuale del terzo settore, a seguito di un percorso concertativo locale in linea con quanto previsto dalle indicazioni regionali. La nomina recente ha permesso la definizione della partecipazione dei rappresentanti del terzo settore nel percorso delineato per l'elaborazione del successivo Piano di zona per la salute e il benessere in qualità di co-referenti nell'ambito dei tavoli tematici.

Inoltre negli ultimi anni si sono sviluppati strumenti di rendicontazione e verifica dell'attività e delle risorse impiegate per un monitoraggio costante e utile alla programmazione, come i Bilanci Sociali dei Comuni, il Bilancio di Missione dell'Azienda USL e la sperimentazione di percorsi valutativi dei programmi finalizzati dei Piani sociali di zona. Di questi strumenti valutativi che sono andati ad affiancarsi ai consueti documenti economici (bilanci economici preventivi e consuntivi, bilancio di esercizio ecc...) e delle relative esperienze si è tenuto conto, anche se si dovrà prevedere un ulteriore perfezionamento in modo da renderli più omogenei e strutturati e meglio indirizzati ai cittadini e ai loro rappresentanti.

Il presente atto di indirizzo, dunque, per valorizzare le competenze e le reti di relazioni sviluppate e costituite nelle precedenti programmazioni e per potenziare e sviluppare a tutto campo, in un quadro di continuità, l'approccio integrato tra sociale e sanitario e con tutte le politiche a forte impatto sulla salute e sul benessere sociale delle persone, delle famiglie, delle comunità ha acquisito gli elementi programmatici provinciali, gli elementi scaturiti dal profilo di comunità e dal relativo percorso di ascolto ed infine ha indicato, attorno a soli quattro assi strategici gli elementi programmatici del prossimo triennio.

Il core della programmazione forlivese sta nella **costruzione dei percorsi dei cittadini**, come naturale sviluppo delle esperienze già maturate dapprima con l'assistenza ospedaliera e poi con l'ospedale e il territorio (es. percorso nascita). Avendo già lavorato nelle precedenti pianificazioni sui nodi della rete di offerta dei diversi ambiti (sociale, sanitario e socio-sanitario), ci si è incentrati su un approccio basato sulle interconnessioni e sui tratti fra le varie strutture, mettendo in logica relazione i vari tratti dei servizi. Non si è comunque abbandonata la logica delle popolazioni target individuate come portatrici di bisogni comuni (minori, disabili, anziani...), mentre alcune tematiche considerate quali l'immigrazione, la prevenzione, il lavoro, sono incluse in modo trasversale in ogni percorso. Lo sforzo di riorientare la programmazione in modo orizzontale senza perdere le direttrici strutturali viene comunque garantita dallo sviluppo dei temi delle piattaforme logistiche viste come strumento di sostegno allo sviluppo territoriale.

Infine, in tale atto pur non essendo esplicitamente dichiarato è sottesa anche una macro valutazione economico-finanziaria, in quanto qualsiasi scenario programmatico non può non tenere conto delle linee del documento di programmazione economico-finanziaria 2009-2011 del governo (DPEF), che, per raggiungere il pareggio di bilancio nel 2011, enuncia fra i suoi obiettivi quello del risanamento recuperando risorse tramite riduzione della spesa pubblica.

Per garantire la piena o parziale fattibilità occorrerà dunque, nei Piani per la Salute e il Benessere e nel Piano attuativo Locale predisporre anche valutazioni economico-finanziarie triennali a garanzia della sostenibilità degli interventi. Successivamente in ogni Piano delle azioni annuale verrà fatta la verifica con l'assegnazione delle risorse per meglio calibrare i tempi di attuazione degli stessi, consapevoli dunque che esistono variabili esogene non sempre prevedibili o governabili, ma responsabili anche della validità degli impegni assunti con tale pianificazione.

### ***1.3 Quadro e raccordo con la programmazione in ambito provinciale***

Tale approccio di integrazione delle politiche è dunque da non intendersi esclusivamente come integrazione socio-sanitaria, ma anche, in senso più ampio, come integrazione fra politiche sociali/socio-sanitarie e politiche abitative, educative, urbanistiche, lavorative, ecc.. E' però vero che intervenire direttamente sui contesti ambientali e socioeconomici non è competenza del Sistema del Welfare e dei Servizi sanitari piuttosto, in una logica di approccio intersettoriale, riguarda l'insieme delle politiche di sviluppo del territorio per le quali esistono già linee di indirizzo, strumenti programmatici, sistemi di responsabilità definiti sia a livello sovralocale (direttive europee e nazionali piano di sviluppo regionale) sia locale (Piano Territoriale di Coordinamento Provinciale, Piano Strutturale Comunale, ecc.) particolarmente avanzati.

Si tratta di un percorso progettuale e culturale che si attua su due filoni di intervento:

- **La promozione, nei percorsi decisionali, dei principi di valutazione di impatto sulla salute.** Infatti pur essendo chiaro che la salute è uno dei risultati di questi fattori strutturali e delle relative politiche che hanno a che fare con lo sviluppo; tuttavia di questo effetto sulla salute quasi sempre si ha consapevolezza solo dopo, quando si è verificato e, quindi, esso non viene preso in considerazione in sede preliminare di scelta della politica e di valutazione dei costi e delle responsabilità che comporta. Solo in campo ambientale il problema è stato disciplinato con le procedure di *Risk Assessment* nei documenti di Valutazione d'Impatto Ambientale. Nel resto dei campi interessati dalle politiche e dagli interventi per lo sviluppo (occupazione, "welfare", urbanistica e infrastrutture, trasporti,

educazione, tecnologia...) questi effetti sulla salute sono quasi sempre ignorati e non servono ad indirizzare le scelte. Occorre dunque avviare l'utilizzo di tecniche utili a questo scopo, quali la **valutazione d'impatto sulla salute**. Questa combinazione di procedure, metodi, strumenti permette di valutare una politica, un programma, un progetto rispetto ai suoi potenziali effetti sulla salute la loro distribuzione in una popolazione e produce una serie di raccomandazioni sul processo decisionale. Utilizzare la valutazione d'impatto sulla salute in modo più ampio e diffuso potrebbe mostrare il guadagno in salute come un valore aggiunto di politiche e programmi non sanitari, promuovere la collaborazione interdisciplinare ed intersettoriale e aumentare la fiducia nelle decisioni.

- **La costruzione o il consolidamento di strumenti interistituzionali per presidiare le trasversalità** (vedi politiche formative in ambito provinciale, vedi AUSL, Enti Locali, Provincia, Organizzazioni Sindacali per le politiche sulla sicurezza del lavoro, ecc.). In particolare lo stretto raccordo interistituzionale deve privilegiare, secondo quanto definito dalla Comunità Europea, la centralità del benessere dei cittadini nelle politiche<sup>2</sup> per la crescita e la occupazione. Promuovere la salute consente di ridurre la povertà, l'emarginazione e il disagio sociale, incrementando la produttività del lavoro, i tassi di occupazione, la crescita complessiva della economia. Allo stesso modo un aumento della qualità della occupazione e delle occasioni di lavoro per un arco di vita più lungo si traduce in maggiore salute prosperità e bene-essere per tutti.

Nel nostro comprensorio pur essendo diffusa la consapevolezza, che la salute è un bene prezioso la cui tutela è ritenuta un investimento per l'intera comunità e non solo per il singolo individuo e pur essendosi consolidato negli anni un clima di condivisione degli scenari (vedi polo ospedaliero, universitario, ecc.), pur tuttavia è necessario un rafforzamento in fase di traduzione operativa: lo slancio progettuale a livello di singoli interpreti non si è sempre tradotto in vere iniziative di carattere "trasversale" e territoriale.

Poiché l'obiettivo della presente fase è quello di ipotizzare le linee di indirizzo per il proseguimento dell'esperienza di integrazione già avviata nel nostro territorio fra la dimensione sociale e quella sanitaria, il tema di un passaggio da una cultura progettuale puntiforme, seppure di eccellenza, ad una "trasversale" acquisisce grande rilevanza anche operativa.

#### **1.4.1 Lo sfondo programmatico: problemi strutturali e tendenze**

Per cogliere le direttrici strategiche programmatiche e consolidare il sistema di governance locale, la realtà territoriale della Provincia di Forlì-Cesena rende necessario il raccordo tra le due Conferenze territoriali e soprattutto il raccordo delle politiche di livello provinciale con quelle aziendale e distrettuali. È necessario dunque da un lato tenere in considerazione gli assi strategici di sviluppo territoriale all'interno dei quali ci muoviamo, e dall'altro individuare temi congiunti da sviluppare in modo sinergico fra Provincia, Enti locali e AUSL nei Piani per lo sviluppo ed il benessere.

Gli obiettivi strategici più incisivi discendono dal **Piano Territoriale regionale**, il principale strumento di programmazione della Regione per il governo dello sviluppo territoriale che, nella attuale bozza con cui la Regione traccia la rotta di quello che dovrà essere il "sistema Emilia-Romagna" del futuro, pone come obiettivo cardine la **coesione territoriale** come espressa dall'agenda territoriale UE ovvero l'impegno di inserire aspetti di sviluppo locale nella programmazione sulla coesione economica e sociale. Il punto centrale è il concetto di *capitale territoriale*. L'idea teorica alla base è quella di delineare "sistemi locali territoriali" che sappiano fare leva sul proprio capitale territoriale fissando alcuni obiettivi strategici.

Il primo di questi è la **qualificazione dei sistemi territoriali**, perché sempre più la competizione avviene a livello internazionale. In questa chiave dovranno essere affrontati i temi della riqualificazione urbana, della localizzazione dei servizi, dell'innovazione e

---

<sup>2</sup> Strategia di Lisbona

adeguamento delle reti di trasporto e comunicazione, della qualificazione ambientale, degli insediamenti produttivi. A questo tema ne sono strettamente collegati altri. Quello dell'attrattività territoriale, innanzitutto, come condizione per promuovere **l'internazionalizzazione delle imprese**. Ma anche lo sviluppo delle **reti di conoscenza** e dei poli regionali di innovazione. Altro obiettivo forte sarà quello della **sostenibilità ambientale**: un obiettivo trasversale che dovrà diventare dirimente in ogni scelta economica, insediativa, di sviluppo. Il Piano territoriale regionale delinea anche un **nuovo welfare** in grado di sostenere le sfide poste dai mutati contesti sociali.

In tale piano l'ambito del comprensorio forlivese, seppure di piccole dimensioni, viene rappresentato come un territorio di grande interesse per le peculiarità e per i risultati raggiunti, collocandosi fra le realtà più sviluppate della regione, manifestando buoni segnali di crescita e sviluppo.

*Complessivamente la provincia Forlì-Cesena sta assumendo livelli omogenei a quello regionale, soprattutto per quanto attiene il livello di sviluppo economico, un po' meno forse per l'innovazione e l'internalizzazione del sistema produttivo locale. In questo scenario provinciale il comprensorio forlivese si muove sulle stesse direttrici, pur mostrando alcune tendenze proprie. Seppur rallentati i processi innovativi e contenuta l'attività di ricerca e sviluppo delle imprese, tuttavia discreta è la dotazione di capitale umano, soprattutto se misurata in termini di iscritti all'Università.* La Provincia di Forlì-Cesena che scontava ritardi significativi rispetto ad altre realtà regionali, sta recuperando il gap, soprattutto per quanto attiene il livello di sviluppo economico, un po' meno forse per l'innovazione e l'internalizzazione del sistema produttivo locale. In questo scenario provinciale il comprensorio forlivese si muove sulle stesse direttrici, pur mostrando alcune tendenze proprie infatti, seppure di piccole dimensioni, rappresenta tuttora una zona di grande interesse per le peculiarità e per i risultati raggiunti, collocandosi fra le realtà più sviluppate della regione, manifestando buoni segnali di crescita e sviluppo.

Seppur rallentati i processi innovativi e contenuta l'attività di ricerca e sviluppo delle imprese, tuttavia discreta è la dotazione di capitale umano, soprattutto se misurata in termini di iscritti all'università, grazie al polo universitario. Buona la densità di imprese e la relativa dinamica. Ottimi lo sviluppo della telematica, in termini di copertura della popolazione e della dotazione infrastrutturale a banda larga e la dinamica imprenditoriale nell'informatica. In particolare dall'analisi comparata di un indicatore composito che analizza le grandi dimensioni che connotano l'economia della conoscenza (attività terziario, commercio estero, attività innovative, nuove tecnologie, ecc..) il comune di Forlì risulta al V° posto in regione, dopo centri capoluogo quali Bologna, Parma, Modena, ecc..

Anche il livello della qualità della vita e benessere raggiunto dai residenti della provincia è nella media regionale, mentre spicca per quanto riguarda le dotazioni paesaggistiche ed ambientali, sia come estensione delle aree a parco sia come estensione di superfici forestali e boscate.

Gli indicatori utilizzati per la misurazione della coesione mostrano un buon contesto associato ad un discreto il livello di governance in cui spiccano il livello di cooperazione ovvero di servizi gestiti in forma associata ed un'ottima dotazione di welfare raggiungendo "punti di eccellenza ospedaliera e territoriale".

### **Piano Territoriale di Coordinamento Provinciale**

Allo stato attuale il vigente Piano di sviluppo territoriale provinciale è oggetto di una specifica Variante Integrativa volta ad aggiornare il piano con gli elementi tratti dalle pianificazioni intercorse in tema di tutela delle acque, di viabilità extraurbana e ad articolare le scelte regionali compiute dal Piano Territoriale Regionale e dal Piano Energetico Regionale.

In specifico verranno rafforzate le direttrici di sviluppo del comprensorio forlivese già indicate e finalizzate a connettere fra loro i diversi sistemi territoriali urbani e locali, riequilibrando la dicotomia "centri urbani" e "periferia" e sostenendo lo sviluppo delle zone rurali.

Per quanto attiene lo **sviluppo urbanistico ed infrastrutturale**, in coerenza anche con gli altri Piani tematici provinciali (Piano Gestione Qualità dell'Aria, Piano Provinciale Gestione Rifiuti e Piano Energetico), si insiste molto sulla razionalizzazione delle Infrastrutture, in particolare di quelle viarie secondo un duplice fine assolutamente rispondente ai criteri del Piano della Prevenzione regionale:

a) creare flussi di scorrimento del traffico pesante sempre più periferici nei confronti dei centri urbani e residenziali ;

b) rendere più sicure le strade di ogni ordine e grado mediante percorsi protetti per ciclisti, pedoni e utenti " fragili" e razionale impiego di sistemi di dissuasione della velocità ;in tale quadro rientrano i percorsi dei nuovi assi di arroccamento per la città di Forlì ; i miglioramenti della viabilità di vallata con collegamento tra le vallate e riduzione dei punti critici per frequenza di incidenti.

Ancora molto comunque va fatto con gli strumenti di pianificazione territoriale in ogni Comune del comprensorio, per ridurre quel fenomeno, certamente più diffuso in altre realtà regionali, ma presente, di sfruttamento del territorio di pianura che si presenta oramai come un unico insediamento diffuso a bassa densità, percorso da una fitta rete stradale.

Altrettanta importanza rivestono per lo sviluppo territoriale le **politiche per la casa** che, in armonia con le direttrici regionali, si sviluppano attorno a due obiettivi strategici:

- lotta alla dispersione degli insediamenti abitativi per ridurre l'utilizzo del territorio,
- creazione di risposte differenziate atte a superare la fase emergenziale imputata alla forte dinamica dei flussi migratori e alle dimensioni dei nuclei familiari.

Per quanto invece attiene **il sostegno allo sviluppo delle zone rurali**, è già stato affidato a tale ambito un ruolo fondamentale nel sostegno dell'identità del territorio ,in termini di storia, cultura, struttura territoriale ed economica, qualità paesaggistica ed attrattiva turistica, concependo i distretti rurali come veri e propri progetti di sviluppo socio-economico-ambientale complessivo, avendo anche chiaro che lo sviluppo degli insediamenti produttivi e le vocazioni turistiche ormai sono caratterizzate da una sostanziale equivalenza delle tre principali forme di turismo presenti nel territorio provinciale: il turismo termale, il turismo balneare e il turismo ambientale-naturale vivo nei comuni di montagna (Santa Sofia e Premilcuore) dentro o al confine con il Parco Nazionale delle Foreste Casentinesi.

Infatti nel disegno complessivo aveva ed ha tuttora rilevanza anche il sistema naturalistico, in particolare la **Rete Ecologica** che si realizza attraverso un sistema interconnesso di aree di rilevante interesse ambientale-paesistico in una rete continua, così da portare a connessione i grandi sistemi delle aree verdi urbane esistenti e previste, con le reti e i nodi ecologici territoriali, realizzando una rete di continuità di spazi aperti verdi.Nella rete ecologica provinciale svolgono una funzione fondamentale, in quanto nodi ecologici, il sistema delle aree protette, il parco nazionale, le aree della Rete Natura 2000. L'inserimento delle reti ecologiche nella pianificazione territoriale assume quindi una grande importanza strategica poiché permette di "progettare" in maniera integrata il territorio non trascurando, anzi partendo, dagli ambiti di interferenza locale tra i flussi antropici e naturali.

Associato a ciò viene sostenuto e promosso il più ampio tema **dell'uso razionale delle risorse**, nel quadro generale di diffusa consapevolezza della necessità di un modello di sviluppo che non comprometta le risorse naturali non riproducibili, il tema della sostenibilità dello sviluppo è diventato un tema veramente globale e urgente.

Nel comprensorio forlivese di particolare rilevanza due temi:

- i rifiuti sia solidi urbani che speciali per i quali Forlì, che ha garantito nel tempo l'autosufficienza del bacino provinciale, è ora orientata ad un riordino di tecnologie e sistemi a basso impatto ambientale;
- le risorse idriche che, governate da tempo per garantire il bacino romagnolo, di fronte alle crisi idriche degli ultimi anni hanno posto il problema delle campagne per il corretto utilizzo della risorsa e degli ulteriori investimenti in fonti alternative (desalinatori,ecc..)

### **Politiche socio-sanitarie e altre politiche territoriali**

La Provincia inoltre predispose altri Piani integrati con la pianificazione locale nell'area sociale di cui si è tenuto conto nell'individuazione degli obiettivi del presente atto e che saranno oggetto di integrazione nei tavoli progettuali del Piano per la salute e il benessere, quali:

- Piano provinciale per azioni di integrazione sociale a favore di cittadini stranieri immigrati,
- Programma provinciale per la promozione delle politiche di tutela ed accoglienza dell'infanzia e dell'adolescenza:

- politiche di tutela e contrasto delle forme di violenza e disagio grave a danno dei bambini e degli adolescenti,
- affidamenti familiari in comunità,
- adozione nazionale ed internazionale.

#### 1.4.2 Politiche di ambito provinciale: le priorità programmatiche

Relativamente all'Atto di indirizzo, la Provincia di Forlì-Cesena ha ritenuto opportuno definire le modalità di realizzazione dell'attività di coordinamento nell'ambito della predisposizione e realizzazione dei Piani di Zona Distrettuali per la Salute ed il Benessere Sociale con l'intento di individuare "luoghi" in cui praticare concretamente l'integrazione: sono stati così istituiti il Tavolo Istituzionale, con compiti di indirizzo e controllo, ed il Tavolo Tecnico Operativo con compiti di realizzazione e verifica delle attività.

Dal percorso di valutazione condotto dal tavolo politico interistituzionale, che ha raccolto i suggerimenti tecnici scaturiti dalla lettura dei territori è scaturita l'esigenza di mettere al centro il tema della "**sicurezza sociale**" fornendo indicazioni volte a favorire la rimozione delle condizioni che possono concorrere a determinare la "percezione di insicurezza". Per promuovere il tema della "Sicurezza Sociale" è opportuno presidiare due dimensioni di livello provinciale nelle prossime programmazioni sociali e sanitarie, una riferibile all'ambito del Lavoro e l'altra all'ambito delle Relazioni sociali delle reti primarie e secondarie:

- **Lavoro** inteso come fonte di reddito, espressione di adultità/autonomia, volano di rapporti virtuosi tra economia e benessere, sicurezza per i propri progetti di vita
- **Relazioni** intese come risorsa solidale trasversale alle età / condizioni/ appartenenze/ forme organizzative, sia nelle reti di relazioni primarie sia come strumento strategico dei rapporti tra istituzioni/organizzazioni e cittadini.

Si declinano gli ambiti di cui sopra nei seguenti obiettivi:

- Ampliare la base di popolazione attiva e garantire la **regolarità**, la **qualità** e la **sicurezza del lavoro** attraverso le seguenti azioni:
  - consolidare la rete territoriale dei servizi per l'Impiego al fine di favorire la piena occupazione e la coesione sociale in un'ottica di pari opportunità;
  - sostenere la continuità lavorativa assicurando ai giovani opportunità per l'accesso qualificato al mercato del lavoro ed agli adulti opportunità per il mantenimento e l'aggiornamento delle competenze in un'ottica di contrasto alla precarietà lavorativa;
  - sensibilizzare il sistema socio economico territoriale ad investire sui "talenti" e l'alta formazione;
  - sviluppare percorsi di integrazione e migliorare il (re)inserimento lavorativo dei soggetti svantaggiati nell'accesso al mercato del lavoro;
  - incentivare la responsabilità sociale delle imprese.
- Sviluppo di comunità: investire nelle **reti di relazioni primarie** e nella socialità
  - valorizzare la qualità delle relazioni primarie e delle relazioni di prossimità, favorire l'integrazione intergenerazionale e interculturale e di genere, assumere fiducia e collaborazione come strumenti professionali; coniugare le competenze tecniche con cultura organizzativa e delle relazioni;
  - sostenere la reciprocità di cura;
  - riconoscere le appartenenze, promuovere senso civico, capacità partecipativa, costruttività sociale;
  - orientare le trasformazioni urbanistiche alla vivibilità quotidiana ed all'incontro di tutte le fasce di popolazione.

In uno scenario che vede il Welfare connesso alla condizione lavorativa e in particolare alla precarizzazione del lavoro si propone un nuovo sistema di protezione fondato sullo scambio tra tutele e disponibilità al lavoro; ne consegue che la formazione viene proposta come dispositivo prioritario per lo sviluppo dell'occupabilità, ma anche come strumento di accompagnamento e

di valorizzazione delle competenze del soggetto di fronte alle incertezze di un mercato del lavoro instabile.

### **Strumento di coordinamento di livello provinciale per la predisposizione e realizzazioni delle programmazioni distrettuali**

I servizi provinciali coinvolti nell'organizzazione pratica delle attività sono tenuti a convocare il Tavolo Istituzionale e Tecnico al fine di condividere/integrare le modalità di azione a livello territoriale con chi ha la responsabilità della programmazione sociale e sanitaria, allo stesso modo le zone sociali, per la realizzazione delle attività di loro competenza, richiederanno la convocazione degli organismi sopra citati.

I servizi formazione professionale/istruzione/politiche attive del lavoro provinciali/politiche sociali partecipano in modo permanente agli incontri considerando come fondamentali a livello provinciale l'integrazione tra queste politiche e le programmazioni distrettuali per il raggiungimento degli obiettivi di benessere sociale.

## 2. Profilo di comunità: sintesi e criticità



### 2.1 Percorso

#### 2.2 Sintesi e risultati percorso d'ascolto

- Ambiente
- Popolazione
- Stato di salute
- Stato socio-economico
- Offerta di servizi

#### 2.3 Analisi mutamenti in essere

- La dimensione territoriale
- Il sistema pubblico e privato
- L'andamento temporale di alcuni fenomeni

### 2.1. Percorso

Oltre alla lettura delle variabili programmatiche sopra-individuate, si è proceduto alla costruzione del **profilo di comunità**, già sperimentato nell'anno precedente, utilizzando indicatori in grado di misurare una pluralità di componenti, strutturali, relazionali e connessi ai risultati conseguiti, articolate in tre sezioni:

- Chi siamo, dove viviamo, come stiamo,*
- Quali risorse, condizioni e comportamenti di vita quotidiana,*
- Relazioni di prossimità e coesione sociale.*

Si è cercato in particolare di cogliere i fattori di cambiamento che possono mettere in tensione e alla prova i sistemi locali di welfare seppur consolidati, cercando di cogliere la stretta connessione tra strategie di assetto e organizzazione del territorio con lo sviluppo funzionale del sistema salute.

Anche da questa lettura emerge un'immagine complessivamente buona del comprensorio forlivese, sia per quanto riguarda lo stato di salute e di benessere sia per quanto concerne la risposta dei servizi alla domanda di assistenza sociale e sanitaria. Esistono tuttavia alcuni segnali di vulnerabilità che si è cercato di evidenziare attraverso l'analisi di dati demografici, epidemiologici e socio-economici integrati con l'ascolto dei rappresentanti di organizzazioni sociali, sanitarie e del no-profit attraverso incontri di discussione condotti con la tecnica dei focus group e con assemblee. Sono stati organizzati sei gruppi a cui hanno partecipato Associazioni e cooperative sociali (17%), Comitati di quartiere (9,2%), operatori AUSL (22,4%), Sindacati (5,3%), Scuola e formazione professionale (5,3%).

Un gruppo di tecnici e amministratori individuati dalla Conferenza territoriale sociale e sanitaria ha poi individuato alcune aree di particolare interesse su cui lavorare. Di seguito vengono riportate le sintesi quali-quantitative rispetto all'intero percorso, rinviando agli allegati gli approfondimenti (Sintesi profilo comunità).

### 2.2. Sintesi e risultati percorso d'ascolto

#### Ambiente

Nei 15 comuni del forlivese vivono circa 182.000 abitanti, il 63% nelle zone di pianura.

Il contesto urbanistico-ambientale se complessivamente valutato pare sovrapponibile a quello regionale: le matrici ambientali (aria, acqua, suolo, ecc..) sono presidiate e presentano i medesimi indici delle realtà della pianura padana, con alcuni miglioramenti rispetto alla qualità dell'aria (PM10 ed ozono), e rallentamento di alcuni fenomeni (produzione rifiuti). Lo sviluppo territoriale ha posto particolare attenzione alle infrastrutture viarie a supporto dei nuovi insediamenti di servizi sanitari o sociosanitari (IRST) e alle dismissioni degli insediamenti produttivi che insistono sul territorio di pianura fortemente antropizzato (ORBAT, es-Eridania).

#### **Argomenti di interesse nei Focus:**

- *la casa,*
- *i luoghi di aggregazione e di vita per rafforzare le relazioni,*
- *la partecipazione delle Circoscrizioni, Quartieri, Frazioni e il sostegno al volontariato,*
- *la sicurezza urbana,*
- *la promozione delle piazze quali luoghi di incontro.*

#### **Popolazione**

La struttura demografica della popolazione, in crescita ma un po' meno rispetto alla regione, presenta un progressivo invecchiamento (più incisivo per i grandi anziani) con piramidi di età ben esplicative della predominanza femminile, costante aumento di cittadini di origine straniera che concorrono ad innalzare il tasso di natalità che dal 2006 è superiore a quello regionale. All'interno del comprensorio vi sono delle **forti disomogeneità** nella composizione della popolazione: vi sono, infatti, alcuni comuni con un indice di vecchiaia inferiore a quello regionale (Bertinoro, Castrocaro e Galeata) ed altri che hanno un indice più che doppio (Porticoe San Benedetto, Premilcuore e Tredozio). In questi ultimi, la **quota di anziani è superiore al 30%** della popolazione residente.

Fra i giovani che crescono e gli anziani sempre più numerosi, si colloca una popolazione attiva, in età lavorativa (pari al 61,56%) ad incidenza inferiore a quella regionale (62,15%). La composizione del *nucleo familiare* si sta riducendo con il passare degli anni aumentando i nuclei con un solo componente (soprattutto anziane) e i nuclei monogenitoriali.

#### **Argomenti di interesse nei Focus:**

- *i mutamenti della famiglia e delle reti parentali,*
- *la conciliazione dei tempi di lavoro delle famiglie con figli,*
- *i problemi dei nuclei monogenitoriali di donne sole con figli piccoli e delle famiglie monoreddito e di anziani soli,*
- *il ruolo dei giovani all'interno della comunità,*
- *le relazioni fra generazioni (giovani e anziani),*
- *gli stranieri e gli strumenti di integrazione.*

#### **Stato di salute**

In tale scenario, **lo stato di salute della popolazione forlivese** è in linea con il trend regionale ed è certamente caratterizzato da:

- *alta speranza di vita* alla nascita con un divario fra generi a favore sesso femminile attribuibile ai minori livelli di mortalità delle donne alle varie età e per la maggior parte delle cause di morte;
- *tassi di mortalità* in costante e lento decremento a valori mediamente inferiori a quelli regionali che, se analizzati per causa evidenziano come circa il 41% circa dei decessi nell'Azienda Usl di Forlì è stato causato da malattie del sistema circolatorio, mentre la seconda causa di decesso è rappresentata dai tumori, poi in ordine di numero di decessi, seguono le malattie dell'apparato respiratorio, i disturbi psichici (percepiti dalla popolazione come più rilevanti e numerosi) e le malattie del sistema nervoso e degli organi di senso.
- *anni di vita potenzialmente persi*, mediamente pari a quanto si riscontra a livello Regionale con valori in incremento per il genere maschile ed in costante diminuzione per quello femminile.

### **Argomenti di interesse nei Focus:**

- *le disuguaglianze culturali nella percezione ed accettazione della malattia,*
- *lo stile di vita come fattore protettivo,*
- *i modelli di collaborazione tra scuola e famiglia per la soluzione di situazioni di disagio relazionale nei giovani,*
- *l'attivazione di percorsi di salute,*
- *la promozione di attività fisica,*
- *la valorizzazione di medicine alternative e complementari.*

### **Stato socio-economico**

La struttura imprenditoriale si basa essenzialmente su una piccola-media impresa che supera le sfide se collocata in **circuiti di filiera**; in aumento l'imprenditoria extracomunitaria. Contemporaneamente pur rimanendo alti i livelli di occupazione, emergono elementi di criticità in alcune fasce della popolazione, in particolare: i giovani (problemi di precariato e/o lavoro poco qualificato), le persone di 30-49 anni (difficoltà nel reinserimento lavorativo) e le donne (difficoltà a conciliare lavoro professionale e quello in ambito familiare). Il grado di **istruzione**, pari a quello regionale, appare positivo, soprattutto in chiave prospettica infatti, la provincia di Forlì e Cesena, secondo varie ricerche condotte, si distingue come una delle province dell'Emilia Romagna in cui le performance del sistema scolastico risultano migliori.

Anche il livello medio di **reddito disponibile** risulta elevato, tuttavia da alcuni segnali emerge un rischio di aumento della forbice distributiva, con aumento di fasce di popolazione a rischio disuguaglianze. Il tenore di vita, in linea con quello regionale, si mantiene a livelli alti. La voce di spesa maggiore per le famiglie è quella relativa all'abitazione (mutui, affitti), in continua crescita negli ultimi anni. Aumentano le famiglie in povertà relativa soprattutto a rischio le famiglie monogenitoriali con capofamiglia una donna con figli minori e donne anziane sole.

Il territorio è caratterizzato da un elevato "**capitale sociale**": sotto questo profilo la provincia di Forlì-Cesena si colloca al 3° posto in Regione e all'11° in Italia. L'associazionismo è vivace, con più di 700 associazioni attive sul territorio.

### **Argomenti di interesse nei Focus:**

- *le nuove povertà materiali e culturali,*
- *la forbice distributiva dei redditi,*
- *le imprese locali a sostegno del welfare del territorio,*
- *l'innovazione delle imprese per la sostenibilità ambientale del territorio,*
- *il sostegno alle imprese che si impegnano nella responsabilità sociale,*
- *il lavoro instabile ed il reinserimento lavorativo,*
- *le modalità di presenza del genere femminile nel mercato del lavoro,*
- *la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro delle donne,*
- *la diffusione di temi culturali e di storia del territorio per migliorare il livello di benessere della collettività,*
- *l'Università quale volano per migliorare lo sviluppo del territorio,*
- *la capacità attrattiva delle Biblioteche.*

### **Offerta di servizi**

La pianificazione dei servizi sanitari e sociali del comprensorio forlivese valorizzando le differenze tra i comuni a dimensioni geografiche e demografiche molto diverse, ha garantito nel tempo un'offerta equa e incentrata sulla valorizzazione del patrimonio locale, del principio di prossimità, della qualità e specializzazione dei servizi centralizzati. Su un'offerta storicamente molto elevata a forte prevenzione di privato (**sistema di Welfare misto**), sia i servizi sanitari che quelli sociali e socio-sanitari hanno garantito una qualità che ha permesso una forte autosufficienza ed una buona capacità attrattiva.

Nell'**Assistenza ospedaliera** la realtà forlivese presenta strutture di alto livello non solo nel confronto regionale, ma anche nazionale. Il 79% dei forlivesi che necessitano di assistenza ospedaliera si rivolgono infatti alle strutture del nostro territorio. Inoltre nelle medesime strutture ben il 30% dei pazienti giunge da altre realtà regionali (20%) o extraregionali (10%) il livello di attrazione da altre regioni non essendo legato a contiguità territoriali è certamente da attribuire al miglioramento del clima di reputazione dei servizi forlivesi e alla qualità delle prestazioni offerte. Anche all'interno dell'organizzazione a **reti hub & spoke**, che prevedono

piattaforme di complessità specialistica, a cui sono raccordati ospedali territoriali che trattano le patologie di media complessità e inoltrano i casi più complessi, le strutture forlivesi mantengono la propria identità di presidi in parte deputati ad assicurare l'autosufficienza ed in parte di sviluppare funzioni di eccellenza. A fronte di tali scenari di offerta qualificata, in cui si inserisce anche l'IRST, corrisponde un tasso di ricovero ospedaliero pari, nel 2007 a 175,76 ricoveri per 1000 abitanti, che continua ad essere inferiore a quello medio regionale, pari a 183,23 ed uno fra i più bassi della Romagna: tali valori però hanno una netta inversione se si analizzano per strutture pubbliche e strutture private, infatti i cittadini forlivesi tuttora sono fra gli emiliano romagnoli che più si rivolgono al privato regionale (forlivese e non). Dall'analisi condotta a costi pro-capite per livelli essenziali **l'assistenza distrettuale** assorbe mediamente maggiori risorse rispetto a quanto avviene in regione, ciò è imputabile proprio al modello organizzativo adottato nel riordino dell'offerta, che tenta di dare risposta adeguata alle caratteristiche demografiche (alti indici di invecchiamento), epidemiologiche (patologie croniche) e di contesto territoriale (dispersione per configurazione territoriale).

Va comunque evidenziato che i forlivesi hanno un atteggiamento piuttosto responsabile anche verso altre forme di assistenza infatti nei programmi di screening si hanno buone adesioni, così come alle campagne vaccinali in cui sia per i bambini che per gli anziani, i tassi di copertura sono fra i più elevati della regione.

L'offerta dei **servizi della zona sociale** di Forlì è gestita da una pluralità di soggetti e copre complessivamente la gamma di servizi ed interventi nelle diverse aree, con percentuali di copertura sulla popolazione target (tassi di assistenza) che vanno dal 16,8% della popolazione anziana con 75 anni e più, servita nell'ambito della rete di servizi ed interventi per gli anziani non autosufficienti; ad una percentuale di bambini e ragazzi seguiti dai servizi sociali nel 2007 superiore al 11% della popolazione minorile (6,6% media regionale nel 2003), ad un tasso di assistenza relativo ai disabili seguiti nei centri residenziali e diurni ed in assistenza domiciliare pari a 3,1 persone assistite ogni residente compreso tra i 18 ed i 64 anni (tasso regionale 2005 pari a 1,7).L'organizzazione dell'offerta è strutturata tra pubblico e privato sociale con delle specificità per area di intervento.

L'area **famiglia e minori** che complessivamente ammonta ad un volume di spesa annuale superiore ai 15 milioni di euro per i 15 Comuni, vede la gestione da parte di soggetti del terzo settore del 20% del totale della spesa, ancorché vi siano servizi come la rete di strutture residenziali per l'accoglienza dei minori in difficoltà (case famiglia, comunità di tipo familiare e comunità educative) che sono completamente gestiti dal privato sociale che ne ha anche la titolarità, nell'ambito dei servizi educativi nella fascia 0-3 anni e un ricorso all'apporto del terzo settore per il 14% del totale della spesa.

L'area **anziani**, su un volume di spesa annuale territoriale di oltre 28 milioni di euro, vede il ricorso alla gestione da parte di soggetti del Terzo settore per il 45% della spesa. Le IPAB, costituente ASP, del nostro territorio che operano in area anziani offrono servizi che coprono il 44% del volume di spesa dell'area, con un ricorso all'esternalizzazione dei servizi per circa il 24% della loro attività, mentre i servizi come l'assistenza domiciliare, sono completamente gestiti attraverso appalti o concessioni a cooperative sociali.

L'area **disabili**, su una spesa annuale territoriale che sfiora i 10 milioni di euro, vede la gestione da parte di soggetti del terzo settore per quasi il 90% delle attività

#### **Argomenti di interesse nei Focus:**

- *valutazioni sui singoli servizi e sulla rete,*
- *le liste d'attesa,*
- *la scarsa conoscenza dei cittadini delle reti di servizi,*
- *gli sportelli d'ascolto e orientamento per studenti e famiglie,*
- *la comunicazione sanitaria e la comunicazione sul funzionamento dei servizi,*
- *le badanti e il ruolo nell'assistenza a domicilio.*

## 2.3 Analisi mutamenti in essere

In *estrema sintesi* possiamo dire che sono state individuate le conferme ad alcuni mutamenti che stanno interessando la società italiana e quella regionale, associati ad alcune peculiarità strutturali e funzionali.

Innanzitutto anche il nostro territorio è investito dalla "**transizione epidemiologica**" ovvero dal passaggio da una fase storica in cui la causa di morte principale nelle società occidentali era rappresentata dalle malattie infettive, alla fase attuale, in cui questo ruolo è stato assunto in particolare dalle malattie cardiovascolari e dai tumori; queste patologie, un tempo definite "dell'opulenza", per la loro stretta correlazione con la mortalità delle fasce sociali privilegiate, si sono progressivamente concentrate, fino a dilagare, negli strati più svantaggiati delle ricche popolazioni occidentali. Fra le caratteristiche di queste patologie due in particolare assumono grande rilevanza:

- **la multifattorialità**, cioè l'esistenza di numerosi fattori di rischio, legati alle abitudini di vita, alle condizioni ambientali e socio-economiche, alle caratteristiche biologiche degli individui, che possono essere presenti in misura variabile in ciascun individuo e giocare un ruolo più o meno significativo sui tempi di insorgenza e sulla gravità della malattia. Questa variabilità ostacola la raccolta di evidenze sperimentali univoche sui rischi per la salute, spiegando in parte il ritardo con cui le acquisizioni scientifiche hanno ricadute su programmi, servizi e sui comportamenti della popolazione;
- **la cronicità**, cioè un'evoluzione nel tempo caratterizzata da uno sviluppo progressivo e dalla impossibilità di completa guarigione e di totale remissione una volta che la malattia si sia instaurata.

Queste "evidenze epidemiologiche" costituiscono le ragioni dell'evoluzione dei modelli di assistenza sanitaria che si sono andati lentamente sviluppando e affermando nell'ultimo decennio:

- la salute come processo dinamico e permanente, non uno status da difendere ma una condizione da promuovere e migliorare nel corso dell'intera esistenza;
- il ruolo della prevenzione come compito di tutti gli operatori sanitari nelle sue tre dimensioni (prevenzione primaria, tempestività della diagnosi, prevenzione delle complicanze);
- un approccio integrato e la continuità dell'assistenza come perni delle strategie di gestione delle patologie croniche per impedire ulteriori aggravamenti e assicurare, oltre che la sopravvivenza, la migliore qualità della vita e una ragionevole autonomia funzionale.

Siamo ai primi posti in regione e in Italia anche per la cosiddetta "**transizione demografica**" caratterizzata dall'allungamento della speranza di vita, dall'incremento dei grandi anziani, dall'aumento dell'immigrazione, dagli indici di dipendenza totale elevati, dall'invecchiamento delle sub-popolazioni, in particolare di quella in età lavorativa. Ciò pone alcune questioni all'attenzione dei programmatori. Innanzitutto la ripresa delle nascite suggerisce di rivolgere una crescente attenzione ad un fenomeno che si riteneva in calo, ovvero ormai attestato su livelli minimi. Devono cioè essere valutate le conseguenze nei settori servizi della medicina neonatale e materno-infantile anche alla luce dell'accresciuta eterogeneità delle madri per età, cittadinanza, costumi, lingue, cultura che aggiunge problemi nuovi nell'assistenza alla gravidanza, al parto, al puerperio, così come nei servizi di ginecologia e di pediatria. Anche i servizi sociosanitari rivolti all'infanzia devono attrezzarsi per poter raggiungere e dialogare efficacemente con le giovani famiglie, nonché conformare i servizi sanitari ed assistenziali scolastici e, più in generale, all'infanzia.

Poi la questione della popolazione definita "anziana", cioè tra i 65 ed i 74 anni, che dovrebbe essere una popolazione sulla quale poter contare non solo per poter limitare gli interventi di assistenza sociosanitaria più impegnativi e dispendiosi, ma anche, in progetti innovativi e lungimiranti per un' "anzianità attiva", per poterne trarre risorse umane e professionali in azioni di volontariato, di auto-aiuto e simili. In effetti è questa una popolazione che ha davanti a sé ancora consistenti speranze di vita (al 70° compleanno circa 14 anni gli uomini e 17 anni le donne). Si tratta di un gruppo demografico dalle buone potenzialità che, peraltro, vanno migliorando con il progressivo subentrare in questa classe di età di generazioni più istruite, più

attente alla propria salute e, forse, più disponibili ad impegnarsi, una volta pensionate, in attività post-lavorative.

Per quanto riguarda invece i "grandi anziani", oltre i 74 anni, che nel comprensorio forlivese hanno un peso estremamente elevato (7,42% rispetto al 6,83% regionale), occorre avere particolare attenzione programmatica perché, se diversi studi hanno accertato che il picco di spesa sanitaria per individuo si concentra negli ultimi mesi della sua vita, tutti i dati statistici confermano che le disabilità e le malattie croniche aumentano con l'età e che lo stesso mantenimento in buona o accettabile salute comporta più frequenti ed estesi interventi sia di prevenzione che curativi e farmacologici..

Da ultimo da non trascurare l'attenzione per i lavoratori tendenzialmente più anziani e le conseguenze su spesa sociale, pensioni, andamento di consumi e risparmi, domanda e offerta di beni e servizi, dedicando uno spazio al possibile ruolo che le migrazioni potrebbero svolgere nel rivitalizzare la popolazione e contrastare le dinamiche attuali.

Proprio queste ultime sono variabili cruciali da presidiare per la garanzia della sostenibilità del sistema, anche a livello locale.

*La "transizione sociale"*, ovvero il nuovo assetto dei nuclei familiari, sempre più ridotto con reti parentali meno forti, le nuove forme di lavoro certamente meno stabili e le relazioni sociali caratterizzate da fratture intergenerazionali e da contraddizioni tra generazioni su lavoro e futuro, esiguità della rete sociale nei centri urbani. In particolare pare essere sfilacciato il rapporto tra generazioni: sembra che ad accompagnare la crescita di bambini e adolescenti siano principalmente gli strumenti tecnologici usati in tempi e modi autonomi e invadenti e che gli anziani, sempre più numerosi siano sempre più attivi e longevi da un lato, ma anche sempre più bisognosi di aiuti e assistenza dall'altro. I nuclei familiari sempre più ristretti, oggetto di fenomeni quali il permanere fino a tarda età dei figli in famiglia, non sono in grado di conciliare i tempi di lavoro con quelli della cura. Il sistema di servizi deve dunque rispondere alle esigenze della famiglia e non dei singoli componenti (esempio non possiamo occuparci del bene dei bambini indipendentemente da quelle dei genitori, o degli anziani senza pensare a quello dei figli) compatibilmente con le culture di riferimento (vedi l'integrazione delle seconde generazioni degli stranieri seppur in nuclei familiari stabili). A ciò si associano vulnerabilità sociali legate alle nuove povertà e alle situazioni affettive critiche che indicano la necessità di un investimento su rinforzo di ruoli e di competenze (sostegno alla genitorialità ad esempio) ma anche su strumenti di supporto alla competenza negoziale e alla elaborazione positiva dei conflitti sia nelle relazioni di prossimità che nelle relazioni sociali.

Oltre a questi andamenti vanno rilevati anche alcuni **fenomeni peculiari forlivesi**, quali:

### **La dimensione territoriale**

Pur essendo un piccolo territorio, per la disomogeneità distributiva della popolazione (fortemente concentrata in pianura e a bassa densità abitativa dei comuni collinari e montani dove peraltro il fenomeno dell'invecchiamento è più incisivo) e la configurazione geografica con limiti geo-morfologici, occorre continuare a presidiare in modo attento l'equità distributiva dei servizi. D'altronde ben 8 dei 15 Comuni hanno una distanza superiore ai 30 km da Forlì dove è presente gran parte dei servizi ospedalieri e delle tecnologie e che alcuni di questi si posizionano su linee di fuga orientate verso territori esterni all'ambito forlivese. Nonostante gli investimenti per la viabilità tuttora restano piuttosto critici gli spostamenti a livello montano soprattutto per la scarsa comunicabilità fra vallate, da cui derivano alcuni vincoli all'organizzazione dei servizi (di emergenza ma anche programmati) solo in parte compensati dall'ampia distribuzione dell'infrastruttura tecnologica (banda larga) che permetterà in pochi anni la copertura completa del territorio.

Per il momento la programmazione richiede un modello di intervento che tenga conto delle peculiarità territoriali e in grado di assicurare un'offerta di servizi per prossimità, all'interno dei principi di efficacia clinica ed organizzativa.

Anche dal punto di vista istituzionale la dimensione territoriale richiede una strategia particolare sia per l'inserimento del comprensorio nei sistemi a rete sovraterritoriali a geografia fissa (provincia, area vasta) sia in quelli a geografia variabile (su ambiti particolari, sistemi di trasporto, logistica, ecc..) improntati a valorizzare le eccellenze e le conoscenze espresse dal territorio (competenze distintive).

## **Il sistema pubblico privato (sistema misto)**

Il sistema di Welfare del contesto forlivese risulta costituito da un modello misto, a forte integrazione pubblico/privato, ispirato al principio della **sussidiarietà orizzontale**, istituzionalizzato nell'ambito della riforma del Titolo V° della Costituzione.

Ciò è il risultato della importante storia locale che ha sedimentato l'offerta di servizi sociali e sanitari confermata:

- dal patrimonio ospedaliero pubblico praticamente presente fino agli anni ottanta in ogni Comune ed ora riconvertito a strutture sanitarie (country hospital ,Istituto di ricerca scientifico per i tumori IRST), o riconvertito a fini formativi (vedi ex-Morgagni destinato a campus universitario del polo forlivese);
- da una presenza significativa di strutture ospedaliere private (con indici di PL/1000 abitanti superiori del 41% alla media regionale) con buona capacità di investimento e riconversione;
- dalla ricchezza di strutture socio-sanitarie o sociali per disabili e minori, offerte nella quasi totalità dal privato sociale, che hanno costituito addirittura nel tempo un polo di attrazione da altre regioni limitrofe o province della regione;
- dalla presenza di due strutture di bacino nazionale delle tre presenti in regione per anziani autosufficienti di grandi capacità ricettive (fino a 300 posti letto ciascuna) progressivamente riconvertite a strutture per anziani non autosufficienti a bacino comunale o sovracomunale.

Il settore sociale e sanitario sono stati (e sono tuttora) in questo territorio un volano di sviluppo economico per la produzione di beni e servizi: ne sono prova le forti realtà cooperative locali nel settore dei servizi logistici e alla persona, fra le più importanti nel settore a livello nazionale per dimensioni e fatturato, inducendo uno spirito d'iniziativa in campo sociale e nelle diverse tipologie di assistenza alle forme di disagio che ha visto consolidarsi Associazioni e Cooperative.

Non appare casuale dunque in questo contesto che il 50% dei servizi sociali e socio-sanitari dell'Accordo di Programma sia gestito dal privato sociale, né che l'Istituto Oncologico Romagnolo (IOR) sia stato promotore del progetto di costituzione dell'**Istituto scientifico romagnolo per lo studio e la cura dei tumori (IRST)**.

In particolare l'Azienda USL in questi ultimi anni, con l'apertura del nuovo ospedale, l'attivazione dell'IRST, l'aumento dei consumi in strutture residenziali, semiresidenziali e diurne per pazienti fragili, soprattutto anziani, di norma gestite da soggetti esterni, ha profondamente mutato la propria configurazione, passando da una realtà aziendale di produzione di servizi a gestione diretta ad una realtà più snella, che deve fare soprattutto committenza, ovvero un'Azienda che deve saper leggere i bisogni di salute della propria popolazione e saper acquisire i servizi necessari compatibilmente con le risorse disponibili dai fornitori interni ed esterni. Questa funzione richiede forti competenze e capacità nella gestione degli accordi e nella valutazione degli stessi, oltre ad un forte capacità programmatica.

Questo apre interessanti scenari di riflessione sui diversi modelli di erogazione dei servizi e sul modello di welfare da consolidare fra i vari Comuni e sul sistema di alleanze da condurre per la programmazione in cui alcuni attori quali il terzo settore avranno un'innegabile peso nell'intero percorso.

## **L'andamento temporale di alcuni fenomeni**

Innanzitutto il **fenomeno migratorio** nel comprensorio forlivese che, rispetto ad altre realtà regionali si è manifestato con alcune caratteristiche distintive:

- tardivamente e in modo particolarmente incisivo durante gli ultimi 4 anni, con un aumento della popolazione straniera residente superiore a quello regionale: Galeata è il comune del comprensorio in cui si è verificato il maggiore incremento del rapporto tra stranieri e totale dei residenti,
- presenta una marcata tendenza alla stabilizzazione, ovvero stanno crescendo i ricongiungimenti familiari (fenomeno particolarmente marcato in alcune comunità del circondario), la quota di immigrati che sceglie il rischio di fare impresa (settore edilizia,

commercio all'ingrosso e al dettaglio e attività manifatturiere) anche se permane il rilevante numero di disoccupati, la richiesta di soluzioni abitative, ecc. .

Per la programmazione dei servizi sanitari questi elementi inducono ad attivare sistemi di comunicazione ed informazione per indurre un corretto utilizzo dei servizi (riducendo l'uso ripetuto ed inappropriato dei soli servizi in emergenza) e di sorveglianza attiva (con reclutamento all'interno dei programmi di vaccinazione o screening), mentre le politiche sociali di inclusione nei percorsi educativi, formativi e professionali richiedono una forte integrazione di politiche settoriali, per rispondere ai bisogni complessi sempre di molteplice natura.

Poi la scarsa popolazione attiva: fra i giovani che crescono e gli anziani sempre più numerosi, si colloca una popolazione attiva, in età lavorativa ad incidenza inferiore a quella regionale, che si è contratta nell'ultimo decennio. Infatti l'indice di dipendenza strutturale (o totale) del comprensorio forlivese è superiore a quello regionale e, a causa della maggior presenza di anziani, assume il valore più elevato nelle zone montuose. In generale, in tutti i comuni del comprensorio, eccetto Bertinoro, a 100 abitanti potenzialmente attivi corrisponde un numero pari a più della metà di individui non attivi. Si sta, infatti, delineando negli ultimi anni il fenomeno della cosiddetta "**generazione sandwich**", quella generazione schiacciata tra le responsabilità dell'allevamento dei figli, dell'accudimento dei genitori anziani e gli impegni del lavoro, tendenzialmente ad età media più elevata, solo in parte ringiovanita dall'immigrazione. Per la programmazione, il dato riveste una particolare rilevanza soprattutto se associato alle dimensioni dei nuclei familiari e alla connotazione di genere (meno donne ) ed investe tutti i tempi di vita e l'organizzazione del lavoro e della città.

Infine le **patologie croniche** (cardiovascolari, tumori, malattie metaboliche e disagio psichico, malattie invalidanti la funzione motoria) che nel nostro territorio sono incrementate a ritmo vertiginoso e quasi raddoppiate negli ultimi dieci anni incidendo, a seconda di come vengono prevenute e trattate, sul livello e sui tempi della disabilità, nonché sulla spesa sociale e sanitaria. Questo aumento delle spese può tuttavia essere ridotto della metà se la popolazione rimane in buona salute pur invecchiando. Il consumo di risorse socio-sanitarie per le persone oltre i 75 anni è 11 volte superiore alla classe di età 25-34 anni. I pazienti cronici rappresentano già il 25 per cento della popolazione e assorbono il 70 per cento della spesa. Uno degli obiettivi prioritari del sistema deve quindi essere quello di sostenere misure appropriate per migliorare la salute delle persone anziane, delle persone attive e dei bambini, al fine di aiutare la popolazione ad essere più produttiva e ad invecchiare in buona salute.

### 3. Indirizzi e priorità strategiche per il Piano di zona distrettuale per la salute e il benessere sociale



#### 3.1 Principi

#### 3.2 Assi strategici della programmazione 2009-2011

3.2.1 Promozione della qualità del contesto di vita

3.2.2 Promozione della salute e del benessere dei cittadini

3.2.3 Sviluppo dell'infrastruttura (fra poli di eccellenza e servizi di prossimità)

#### 3.1 Principi

Le transizioni che ci stanno coinvolgendo come singoli e comunità e il carattere sociale della percezione della salute hanno determinato un cambiamento nelle priorità del sistema dei servizi sociali e sanitari. Per garantire una programmazione appropriata rispetto alle variabili conosciute occorre attivare strategie incentrate su alcuni filoni:

- ✓ L'incremento **della responsabilità collettiva** degli enti e del tessuto sociale e produttivo **ed individuale** nei confronti della salute e del patrimonio di risorse già presente nel nostro territorio. I sistemi di risposta devono cioè essere fondati su una governance basata sulla trasparenza, sul merito, sul coinvolgimento delle professioni, sulla partecipazione attiva dei cittadini. Enti locali, aziende sanitarie, cittadini singoli e associati partecipano alla individuazione e definizione di politiche sociali e sanitarie orientate al perseguimento di obiettivi di salute.
- ✓ **La modifica delle risposte dei servizi**, sempre più orientati ai bisogni complessi, incentrata sulla progettazione e costruzione di **percorsi per la salute dei cittadini**, aventi come ambito quello territoriale. Già il recente *Libro Bianco* della Commissione Europea sulla salute enfatizza la rifondazione del nostro modello sociale verso soluzioni più avanzate e durature in grado di definire il complesso delle tutele e delle opportunità delle persone lungo l'intero ciclo di vita – dal concepimento alla morte naturale - offrendo risposte unitarie e non settoriali o, peggio, segmentate in corrispondenza dei diversi bisogni nel momento in cui si manifestano. La sfida a cui siamo chiamati non è solamente economica ma, prima di tutto, progettuale e culturale. Vogliamo riproporre la **centralità della persona**, in sé e nelle sue proiezioni relazionali a partire dalla **famiglia**. Pensiamo a un **Welfare delle opportunità** che si rivolge alla persona nella sua integralità, capace di rafforzarne la continua autosufficienza perché interviene in anticipo con una offerta personalizzata e differenziata, stimolando comportamenti e stili di vita responsabili, condotte utili a sé e agli altri. Un *Welfare* così definito si realizza non solo attraverso le funzioni pubbliche ma soprattutto riconoscendo, in sussidiarietà, il valore della famiglia, di tutti i corpi intermedi e delle funzioni professionali che concorrono a fare comunità. Esso potrà offrire migliori prospettive soprattutto a giovani e donne, oggi penalizzati da una società bloccata e incapace di valorizzare tutto il proprio capitale umano. Dal punto di vista organizzativo, la centralità del cittadino e dei suoi bisogni si ricollega alla necessità di fornire una risposta integrata che passi attraverso interventi non dispersi

territorialmente e formulando un itinerario chiaro di movimento all'interno della rete di offerta (**creazione dei percorsi di salute dei cittadini**). Per avere garanzia dell'output complessivo di tale processo, rappresentato dalla globalità della risposta rispetto al problema di salute, occorre che i professionisti della salute siano in grado di tradurre in domanda di prestazioni il bisogno, decodificandolo, tenendo conto:

- dell' asimmetria informativa tra chi offre e chi fruisce del servizio,
- delle variabili organizzative spesso non conosciute agli stessi professionisti, in quanto contingenti o ad ampio raggio (sociale, sanitario, civile, ecc.).

In particolare i sistemi di risposta primaria devono essere in grado di assicurare capacità di lettura e interpretazione precoce dei bisogni, interlocuzione pronta, intervento preventivo, presa in carico di cronicità e disabilità, azioni curative e riabilitative secondo ***l'approccio tipico della medicina di iniziativa***.

Solo l'ampliamento e la valorizzazione delle competenze degli operatori e professionisti della salute, con la promozione dell'integrazione disciplinare e professionale sono garanzia di:

- continuità e coerenza nelle risposte ai bisogni della persona,
- personalizzazione dei percorsi e attenzione per la qualità della vita in tutte le sue fasi.

Ciò implica anche assumere la programmazione dal punto di vista degli operatori, attraverso la diffusione del principio della **partecipazione organizzativa**, come variabile strategica da progettare e gestire.

***Il distretto, come ambito, è lo snodo fondamentale nella organizzazione di tale modello di intervento, quello territoriale, e garante della integrazione ai diversi livelli istituzionale e professionale.*** È il primo livello attraverso il quale gli individui, le famiglie e la collettività entrano in contatto con il sistema di offerta dei servizi, avvicinando il più possibile ai luoghi dove le persone vivono e lavorano e costituisce il primo elemento di un processo continuo di protezione sociale e sanitaria.

- ✓ **L'innovazione** come approccio strategico necessario per la garanzia di qualità del processo e del risultato. Il processo di innovazione non riguarda solo le politiche e la programmazione per dare risposte globali a bisogni complessi (con il nuovo assetto di "governance" territoriale), riguarda anche la capacità di introdurre quelle innovazioni organizzative e professionali che sono richieste dai bisogni in evoluzione delle persone e delle famiglie e dai cambiamenti demografici e socio-economici in corso, attingendo completamente a quel patrimonio di conoscenze che **l'università e l'intero sistema produttivo e sociale locale può dare**. L'economia della conoscenza deve entrare e permeare anche la programmazione e la gestione del welfare locale come motore di sviluppo.

### **3.2 Assi strategici della programmazione 2009-2011**

Riaffermare i principi precedentemente enunciati significa che l'organizzazione dei sistemi di welfare sociale e sanitario, complessivamente intesi, deve essere strumentale alle funzioni svolte e la loro qualità deve essere misurata e valutata per obiettivi di salute.

Tre sono gli assi strategici di intervento individuati per la programmazione 2009-2011:

#### **3.2.1 Promozione della qualità del contesto di vita**

attraverso:

##### **Sviluppo del rapporto ambiente e salute**

- proteggere e promuovere l'ambiente naturale
- presidiare le politiche del territorio ed abitative "a misura di persona"

##### **Sostegno alla coesione sociale**

- promuovere la partecipazione alla vita comunitaria
- politiche di sostegno al reddito e redistributive
- coniugare locale e globale per dare valore alla solidarietà e rafforzare la cittadinanza

#### **3.2.2 Promozione della salute e del benessere dei cittadini attraverso lo sviluppo di percorsi di salute e di cura**

##### **Percorsi di salute**

- sani stili di vita
- cittadinanza sociale
- responsabilità educativa diffusa
- conciliazione di lavoro e vita familiare e sociale
- responsabilità del singolo e della collettività sulla sicurezza in ambienti di vita
- responsabilità del singolo e della collettività sulla sicurezza in ambienti di lavoro per la riduzione delle vulnerabilità

##### **Percorsi di cura**

- percorso nascita
- percorso per bambini/ragazzi a rischio evolutivo e adulti fragili
- percorso per patologie acute e postacute
- percorso disabilità
- percorsi per patologie croniche
- percorsi per disagio mentale
- percorsi per dipendenze patologiche

#### **3.2.3 Sviluppo dell'infrastruttura (fra poli di eccellenza e servizi di prossimità)**

- Area Vasta Romagna
- Autosufficienza territoriale
- Sviluppo di piattaforme logistiche

### 3.2.1 Asse1: Promozione della qualità del contesto di vita



*Sviluppo del rapporto ambiente e salute*

*Sostegno alla coesione sociale*

Premesso che nella nostra regione l'approccio alla promozione della salute appare più facile, avendolo già sperimentato con i **Piani per la salute**, tuttavia dobbiamo essere cauti e trasferire i risultati positivi, non incorrendo nuovamente in quelli negativi, causa di molti fallimenti. Nel nostro comprensorio, si può parlare di ottimo laboratorio, con ampia progettualità ed emblematicità dei temi, ma di scarsa implementazione e continuità. Già nella revisione delle esperienze locali e regionali erano emerse le esigenze di ridefinire il raccordo dei Piani per la Salute con gli altri strumenti di programmazione partecipata, per evitare il rischio di sovrapposizione e per promuovere l'instaurarsi di una sinergia virtuosa. In questo nuovo assetto programmatico sia le relazioni che gli ambiti territoriali e quelli di responsabilità possono essere ben definiti per cui i lavori, a suo tempo condotti sulle cinque macroaree selezionate dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (Abitare e salute, Ambiente e sicurezza, Stili di vita sani, Progetti innovativi, Coesione sociale), possono essere recuperati come patrimonio della comunità a cui dare continuità e rilevanza.

Già in quella esperienza si era affrontato il tema dell'interazione fra salute e contesto di vita mettendo in evidenza che l'individuo interagisce con l'ambiente fisico e costruito e con l'ambiente sociale. In questo ambito gli enti locali devono mettere in campo azioni volte a qualificare il sistema urbano e territoriale verso la costruzione di ambienti più sicuri ed aggreganti, agendo su politiche di pianificazione urbanistica ai vari livelli, come indicato dalle linee guida del piano di Prevenzione regionale 2006-2008 ma anche promuovendo politiche di aggregazione/promozione culturale e sociale assumendo come target prioritario le persone fragili ossia i bambini, gli anziani, i diversamente abili. Occorre dunque intervenire per rinforzare entrambi i filoni di intervento, ovvero lo sviluppo **del rapporto ambiente e salute e il sostegno alla coesione sociale**.

#### **Sviluppare il rapporto ambiente e salute**

Per quanto riguarda l'ambiente si tratta di un importante determinante in senso positivo e negativo; la tendenza attuale di lettura ed interpretazione di tale fattore è politetica ossia va esaminato nella sua molteplicità e complessità e non per i singoli aspetti. Oggi è sempre più grande l'attenzione per gli impatti ambientali riferiti alle fasce più suscettibili di popolazione.

Oltre a ciò la consapevolezza che ancora scarse sono le valutazioni precise sulla pericolosità delle singole fonti inquinanti e l'efficacia delle azioni, impone di operare sempre più nel rinforzare gli elementi positivi e favorevoli ad uno sviluppo sostenibile.

In particolare la pianificazione di ultima generazione (anni 2001-2007) da parte della Provincia e degli Enti Locali coglie bene obiettivi **di sostenibilità ambientale** da monitorare e perseguire con coerenza: si fa riferimento al Piano territoriale di coordinamento provinciale, al Piano gestione qualità dell'aria, al Piano gestione rifiuti nonché al Piano energetico.

Si tratta di sviluppare in modo sinergico fra Enti e soggetti pubblici/privati i contenuti di tali pianificazioni, attraverso alcune azioni:

### ✓ **Proteggere e promuovere l'ambiente naturale ed i requisiti paesaggistici**

Rappresenta il contesto nel quale in modo armonico e secondo criteri di rispetto e tutela dei patrimoni naturali, sostanzialmente basati sulla salvaguardia delle risorse rinnovabili e della biodiversità delle specie, si inserisce l'attività " antropica" .

Di norma, nei piani territoriali del passato questa parte era piuttosto trascurata mentre negli strumenti di recente elaborazione anche locale (dal 2000 in avanti) trova un inquadramento specifico che descrive aria, acqua, suolo, caratteri paesaggistici e florofaunistici quali vere risorse da tutelare, conservare e sviluppare e non solo quali " mezzi di mitigazione o compensazione" su siti critici per attività antropiche. fondamentali due direttrici:

- il presidio della rete ecologica, già ampiamente effettuato nella parte collinare e montana, più critico in pianura dove esistono fonti ed elementi più impattanti.
- la tutela del verde urbano come polmone di ossigeno e mitigatore, mantenendo le dotazioni esistenti, riqualificando le aree verdi, sia quelle storiche che quelle che hanno necessità di restauro o ristrutturazione e realizzando, ove possibile, nuovo verde.

Per quanto invece riguarda gli spazi rurali a bassa densità abitativa andranno sempre più qualificati come luogo di interazione tra valori urbani e naturali, ad esempio sostenendo la costruzione di reti e circuiti di piccole città fortemente caratterizzate dal punto di vista della qualità ambientale, della sostenibilità delle scelte produttive e insediative, della ricchezza del patrimonio storico-archeologico e dell'offerta culturale, della tipicità delle produzioni alimentari garantite all'interno di una filiera alimentare forte e sicura.

### ✓ **Presidiare le politiche del territorio ed abitative "a misura di persona"**

Ciò passa attraverso un percorso interdisciplinare in cui si ribadisce la necessità di promuovere politiche integrate (urbanizzazione, sostenibilità dei servizi sociali, reti tecnologiche e di mobilità, tutela ambientale) per uno sviluppo equilibrato e sostenibile delle trasformazioni ad ogni scala territoriale della città prevedendo la costruzione di spazi e opportunità di relazione e di partecipazione nei vari ambiti della vita civile. Occorre cioè:

*Sviluppare i servizi di prossimità* attraverso una politica urbanistica che promuova la diffusione di reti di servizi e offerte commerciali e d'uso del territorio in " prossimità" alle residenze in modo integrato con la centralizzazione di tali servizi. Lo stesso dicasi per il parco o la zona magari di piccola dimensione ma dedicata, posta in vicinanza alle residenze, ai percorsi vita, alle attività ludiche, alle piccole manifestazioni del quartiere.

*Promuovere opportunità abitative* con case più accessibili e salutari, costi calmierati, accesso a benefici, edilizia residenziale pubblica, associate al forte presidio della sicurezza attraverso lo sviluppo di iniziative in parte già in essere come l'adattamento domestico per fasce disabili, il condominio solidale, le esperienze della domiciliarità dell'anziano con il supporto del volontariato, la eliminazione radicale delle barriere architettoniche tuttora esistenti. Le politiche abitative future dovranno inoltre consolidare la diffusione di sistemi di risparmio energetico. Per perseguire questi obiettivi è inevitabile porre il problema della cooperazione sia tra i soggetti pubblici e privati che operano all'interno delle città, che tra i diversi livelli di governo del territorio. Rispetto al ruolo dei soggetti privati, è evidente che occorre individuare nuove forme di responsabilizzazione rispetto alla domanda di opere e servizi che viene dalla collettività locale.

La *mobilità sostenibile*: Le linee di sviluppo provinciale vedono la Provincia di Forlì-Cesena in condizioni più favorevoli anche rispetto ad altre aree regionali a sviluppo particolarmente avanzato, delineano un nuovo modo di gestione del territorio fondato sulla stretta integrazione fra sviluppo e conservazione dell'ambiente naturale sicuramente meno conflittuale con le ragioni della salute rispetto al passato e in grado di indurre comportamenti più salutari, ovvero favorire gli spostamenti connessi alla vita quotidiana (percorsi casa-scuola-lavoro-spesa-svago) riducendo l'utilizzo dell'autoveicolo privato, mettere in campo piani di intervento sullo stile di vita che siano

i più precoci possibile (dalle Scuole materne), diffondere forme e reti di trasporto pubblico locale sempre più attraenti e vicine al cittadino e rinforzare la rete dei mobility manager delle varie amministrazioni.

Anche nei focus è emerso il dibattito sul potenziamento dei servizi di trasporto collettivo al quale occorre aggiungere la richiesta di nuove corsie preferenziali e la realizzazione di piste ciclabili o in genere di misure atte ad incrementare l'uso della bicicletta, con particolare attenzione alla sicurezza di popolazioni.

## **Sostenere la coesione sociale**

La coesione sociale, ovvero la capacità delle tante componenti soggettive e istituzionali di cercare compattezza e proposte unificanti, pur in presenza di spinte centrifughe, si può dire abbia costituito uno dei fattori di maggiore competitività del nostro modello di sviluppo. Lo sviluppo italiano e in particolare regionale infatti non è stato solo sostenuto dalla coesione sociale, come elemento esterno, ma si è accresciuto in funzione di questa caratteristica collettiva, al punto che l'indebolimento delle esperienze di coesione nel corso degli ultimi anni potrebbe depotenziare i processi di sviluppo futuri. Il quadro delle **"reti comunitarie"** (famiglia, vicinato urbano e parentale, volontariato), la capacità delle aziende di produrre capitale sociale, l'insicurezza e la sfiducia nelle istituzioni, i modelli di *governance* del territorio e dei processi produttivi, la crisi della concertazione, sono gli elementi da presidiare e a fianco di questo va potenziato il quadro reattivo che, a partire dalla famiglia, dalle relazioni di vicinato urbano o parentali, fino al volontariato e alla miriade di microiniziative solidaristiche, tengono insieme organicamente una struttura sociale altrimenti soggetta a forti spinte disgreganti.

Infatti di pari passo con l'affermarsi dei percorsi individualizzanti vanno emergendo elementi di frammentazione potenziale con l'insorgere di un disagio diffuso, trasversale, fatto di difficoltà a tenere il passo della crescente competizione, patologie della *performance*, disagi caratterizzati da un'insieme di deprivazione materiale e relazionale.

Disagio che molto spesso ha forma sommersa e diventa visibile solo quando entra in contatto con le strutture istituzionali che se ne occupano.

In realtà **la famiglia** è tuttora il perno della coesione sociale, il vero punto di tenuta che ha consentito di assorbire e ammortizzare l'accelerazione dei processi di cambiamento nei diversi ambiti, sia per la garanzia di una rete di copertura rispetto a bisogni primari e a potenziali rischi in materia di salute, infortuni, vecchiaia, disoccupazione ecc.; sia come soggetto economico nei diversi ambiti, dalla produzione al consumo, dalla formazione del risparmio all'investimento: dall'acquisto della casa per i figli al supporto della rete familiare per i soggetti che entrano nel mercato del lavoro con contratti da lavoro atipico. A ciò si affianca una connessa proliferazione non solo dei singoli nodi della rete sociale, ma delle stesse reti e dei loro meccanismi di connessione. In concreto, rispetto all'insorgere di nuove problematiche sociali o all'evoluzione di quelle più tradizionali occorre esplorare le risposte spontanee che, a vario livello, si vanno attivando. Sotto questo profilo, risultano fondamentali il ruolo e le potenzialità **delle reti familiari, amicali e di auto-aiuto**.

### ✓ **Promuovere la partecipazione alla vita comunitaria**

Il rafforzamento delle reti comunitarie quale fattore protettivo di salute, passa attraverso la promozione della partecipazione dei singoli cittadini sostenuta da un percorso di incremento delle conoscenze e della consapevolezza.

Operativamente si intende lavorare, attraverso sensibilizzazione, informazione e formazione di gruppi sociali ritenuti prioritari, sui seguenti indirizzi:

- sostegno delle reti di relazioni primarie, a partire dal supporto alle famiglie nei compiti di cura dei figli e dei familiari anziani, disabili o ammalati, fino alla valorizzazione delle reti di famiglie già attive nel territorio e di tutte le altre forme di "prossimità familiare".
- promozione della cultura della mediazione, dalle relazioni di prossimità, a quelle tra cittadino e istituzioni e tra le stesse istituzioni;
- arricchire la conoscenza dei fattori psico-relazionali e la competenza di autocura/autoaiuto della comunità;

- sostegno all'associazionismo di promozione sociale, aggregazione intorno ai luoghi di vita, attivazione su tematiche civili, su questioni-problema, su bisogni condivisi;
- educazione civica e valorizzazione dei quartieri e delle frazioni.

Come già indicato nelle priorità in ambito provinciale occorre lavorare su più ambiti per valorizzare la qualità delle relazioni primarie e delle relazioni di prossimità, favorire l'integrazione intergenerazionale e interculturale e di genere, assumere fiducia e collaborazione come strumenti professionali; coniugare le competenze tecniche con cultura organizzativa e delle relazioni. Si tratta dunque di percorsi di natura conoscitiva e partecipativa che vedono nell'equilibrio fra dimensione individuale e collettiva il fulcro dello sviluppo e nei processi decisionali inclusivi la metodologia adottata.

### ✓ **Politiche di sostegno al reddito e redistributive**

Si è già avuto modo di sottolineare come i trasferimenti monetari diretti non rappresentino che marginalmente una leva in mano alle amministrazioni locali per favorire la redistribuzione della ricchezza. La potente leva di sostegno al reddito e redistribuita a disposizione delle Istituzioni attive nel welfare locale è rappresentata invece dalla **determinazione del sistema di tariffe locali e dalle definizioni delle priorità di accesso ai servizi (sociali, educativi e socio-sanitari) e modalità di partecipazione degli utenti alla spesa** degli stessi. Anche le **politiche abitative**, incidendo su un bene primario quale la casa di abitazione, possono essere indicate tra le politiche di sostegno al reddito più importanti a livello locale.

Le politiche finalizzate alla redistribuzione della ricchezza in un dato territorio sono sicuramente un potente fattore di coesione sociale in quanto tendono alla riduzione delle disuguaglianze: vanno però presidiati alcuni effetti perversi che possono ingenerarsi nell'ambito del sistema di accesso ai servizi e del sistema tariffario a questi ultimi connesso, soprattutto laddove vengono individuate soglie di ingresso basate sul reddito ovvero sull'ISEE, indicatore della situazione economica equivalente del nucleo familiare. E' necessario pertanto costruire un sistema tariffario e di accesso ai servizi a domanda individuale che, pur tenendo a riferimento l'ISEE quale valore della condizione economica del nucleo familiare, tenda a valorizzare in capo a ciascuna famiglia beneficiaria un **paniere di beni e servizi**, personalizzati sulla base della complessità del bisogno, ma contenuti in un tetto massimo di spesa in capo all'ente pubblico omogeneo e che consenta un'equa redistribuzione della ricchezza prodotta. Il sistema informativo integrato descritto tra le piattaforme tecnologiche necessarie allo sviluppo della rete dei servizi rappresenta uno strumento indispensabile per la definizione e monitoraggio del **"paniere familiare di beni e servizi di welfare"**.

Un altro obiettivo teso a sostenere la coesione sociale attraverso il rafforzamento della fiducia dei cittadini nei confronti delle Istituzioni locali è l'intensificazione e miglioramento dell'efficacia dei controlli sulle autodichiarazioni/autocertificazioni di redditi o altri requisiti di accesso presentate dagli utenti. Pur perseguendo e migliorando la semplificazione delle procedure per l'accesso ai servizi od interventi della Pubblica Amministrazione occorre garantire, attraverso accordi tra istituzioni pubbliche operanti nel territorio (Comuni, Ausl, Agenzia delle Entrate, INPS, INAIL, Ufficio provinciale del lavoro, Centro per l'Impiego, Prefettura, Questura, Guardia di Finanza ecc.) l'accesso diretto a banche dati e lo scambio ed incrocio di informazioni tese a verificare la veridicità delle dichiarazioni presentate e a far emergere eventuali discrepanze che possano rivelare irregolarità quali lavoro nero, contratti di affitto non registrati ecc.

### ✓ **Coniugare locale e globale per dare valore alla solidarietà e rafforzare la cittadinanza**

Esiste un ricco patrimonio già presente negli Enti locali, nelle aziende sanitarie e nel sistema produttivo, di esperienze ed interventi di cooperazione internazionale in tema di salute e benessere. La cooperazione internazionale portando a uno scambio di idee, di valori, di esperienze e di risorse può consentire di affrontare insieme il problema delle disuguaglianze nella società attraverso il coinvolgimento dell'uomo e delle comunità nelle decisioni che riguardano la salute ed il benessere.

In particolare attraverso i programmi europei ed i progetti finanziati dal Ministero degli Affari Esteri a Forlì si sono costruite esperienze di cooperazione che hanno permesso l'avvicinamento fra i diversi sistemi sociali e socio-sanitari delle due sponde dell'Adriatico. All'interno del percorso il Comune di Forlì e la Provincia di Forlì-Cesena hanno dato vita al **"Centro di innovazione su welfare e cooperazione"** con l'obiettivo di dare continuità alle relazioni con i partner e di innovare il sistema di welfare locale, lavorando sulla modellizzazione di buone prassi con conseguente ripensamento e miglioramento del loro nostro sistema.

E' altresì attiva la rete internazionale di donne (promossa dal comune di Forlì), rappresentanti di istituzioni ed Associazioni attive nell'area del Mediterraneo, dei Balcani e dell'Est Europeo ed il **Centro studi per la solidarietà e il volontariato** dell'AUSL di Forlì.

Lo sviluppo locale e territoriale è infatti inscindibile dai fenomeni internazionali e viceversa i fenomeni internazionali sono influenzati dal nuovo attivismo dei territori, in una interazione reciproca. E' per questo che diventa necessario affrontare alcuni temi comuni, peculiari dello sviluppo dei territori in rete, mantenendo viva la caratteristica dello sviluppo emiliano-romagnolo: il nesso fra la competitività del sistema economico e la coesione sociale, innovando la programmazione sociale e sanitaria inserendola all'interno delle scelte più generali di pianificazione dello sviluppo.

Mettere in rete i diversi soggetti istituzionali e produttivi che nel territorio fanno cooperazione e collaborare con partner che condividono problemi e bisogni comuni è necessario per raggiungere i seguenti obiettivi strategici:

- sostenere la formazione di nuove risorse umane per assicurare la ricerca in campo medico rivolta al bisogno per il superamento degli squilibri esistenti;
- proseguire la collaborazione fra Università sperimentata per l'avvicinamento dei profili di figure professionali nei campi della programmazione sociale e territoriale e della gestione dei servizi sociali e sanitari;
- governare i temi dell'immigrazione/emigrazione della formazione nei paesi d'origine prima dell'emigrazione, dell'inclusione nei paesi d'arrivo e della gestione del rientro (il ciclo dell'immigrazione e la logica del co-sviluppo);
- promuovere la qualità del lavoro delle donne e dei giovani.

### **3.2.2 Asse 2: Promozione della salute e del benessere dei cittadini attraverso lo sviluppo di percorsi di salute e di cura**



***Percorso di salute***

***Percorso di cura***

Partendo da una visione oramai condivisa ecologica e sistematica della salute, in cui questo bene è prodotto dalla relazione tra l'individuo o la popolazione e il suo ambiente fisico, per promuovere la salute occorrerà avviare strategie integrate comprensive di un:

- un approccio di sistema basato sulla popolazione e sull'*empowerment della stessa*,
- un approccio più individuale che, incida sui comportamenti dei singoli e che, sulla scia della diffusione dell'innovazione tecnologica, permetta anche l'applicazione sul singolo cittadino delle conoscenze della ricerca genetica e della medicina molecolare (counseling genetico, ecc..).

Vengono dunque promosse entrambe le strategie, sia a monte, quelle che hanno un maggiore impatto sulle disuguaglianze nella salute (come la distribuzione del reddito, l'educazione, la sicurezza, la casa, l'ambiente di lavoro, l'occupazione, le reti sociali, i trasporti e

l'inquinamento, che a valle, quelle che hanno un'influenza più ristretta come gli interventi sugli stili di vita.

Si consideri comunque che lo **stile di vita** è anche e in gran parte condizionato dall'ambiente fisico e sociale nei quali opera l'individuo e che l'adozione di un approccio esclusivamente comportamentale (ossia basato su interventi di promozione della salute rivolti solo ai singoli individui) rischia di essere inefficace in assenza di trasformazioni dell'ambiente operativo.

La ricerca di una efficace strategia di promozione della salute si rivolge all'individuo nelle relazioni che intrattiene con le realtà sociali in cui è inserito. Non sono scindibili le azioni sui comportamenti individuali da quelle dirette ai determinanti ambientali. I comportamenti individuali possono cambiare dando alle persone modo di sperimentare e di fruire direttamente di ambienti, infrastrutture, opportunità alimentari, più salubri. Si tratta in definitiva di rendere facili le scelte salutari e fare emergere le persone in buona salute.

A ciò si associa il contrasto alla **progressiva medicalizzazione** della società in parte sostenuta e promossa dall'invecchiamento della popolazione, causa naturale di crescita della domanda e dei costi, ma anche da altre dinamiche quali:

- la sistematica revisione al ribasso delle soglie che definiscono il "patologico" per tutta una serie di fattori di rischio diffusi (ipertensione, ipercolesterolemia, ecc..) che aumentano gli individui consumatori ad oltranza di farmaci, senza considerare i fattori protettivi e la multifattorialità che induce ad espressioni molto diverse negli individui, e dallo stato di "malattia" attribuita sempre più a condizioni che fanno parte del normale processo biologico della vita (menopausa, parto, ecc., la sindrome da fatica cronica...);
- la generalizzazione distorta ed indotta probabilmente dalla diffusione della "diagnosi precoce" come sinonimo di guarigione, rafforzata dalle possibilità date dall'ingegneria genetica sulla possibilità di prevedere una predisposizione alla malattia (Medicina predittiva) e di proteggere la salute prima che sopraggiunga l'alterazione, ma anche di essere individuato come ammalato sin dalla nascita.

La **centralità dei cittadini** deve essere resa effettiva attraverso la presa in carico e la garanzia di continuità dell'assistenza, organizzata per **percorsi integrati**, al di fuori di qualunque logica meramente prestazionale. Il punto di vista della persona, valorizzandone responsabilità e competenza, è elemento costitutivo e imprescindibile nella costruzione dei percorsi assistenziali e garanzia di riduzione di disuguaglianze tuttora presenti sia nell'accesso che nel trattamento. Se nell'ambito ospedaliero tale risposta è già stata prevista, con il modello per percorsi ed intensità assistenziale, per il territorio si tratta di costruirli avendo chiaro che esiste una risposta standardizzabile da disegnare attraverso le professioni e le organizzazioni (percorsi integrati) a seconda del tipo di intervento (cura o prevenzione) e a seconda dell'intensità del bisogno (bassa o alta) ed una risposta personalizzata per i casi complessi (**alta intensità di cura territoriale**).

Dal punto di **vista metodologico** ed organizzativo si tratta di:

- integrare l'approccio di popolazione all'approccio sul singolo ponendo molta attenzione alla sostenibilità,
- specializzare l'approccio preventivo e quello della cura, garantendo l'appropriatezza professionale ed organizzativa dell'intervento, pur all'interno di un continuum che è quello dell'espressione della patologia o del disagio.

In sintesi per dare concretezza a tale disegno, occorre sviluppare un forte **sistema di relazioni** incentrato su:

- il patto fra le istituzioni: non solo Amministrazioni locali/Azienda USL ma anche scuola, sistema formativo, sistema produttivo, terzo settore, volontariato, società civile, autorità giudiziarie e di pubblica sicurezza,
- la multidisciplinarietà e l'intersectorialità: prevenzione e sistema di cure (ospedali per la salute),
- la comunicazione al singolo o a target di popolazioni, con comunicazione orientata ai target selezionati,
- la partecipazione attiva del cittadino singolo e associato: informato (sa come prendersi cura della salute); competente (partecipa con il suo "punto di vista" alla costruzione e

al monitoraggio dei percorsi), attore consapevole dei suoi comportamenti (stili di vita, diagnosi precoce e compliance)

Elementi fondamentali sono dunque l'estensività ed equità nell'assistenza e nell'accesso alle cure, la prossimità delle cure ai luoghi di vita dei cittadini, l'integrazione tra attività sanitaria e sociale, la valorizzazione del capitale umano e sociale a disposizione dell'individuo e la partecipazione della comunità locale e dei cittadini alla programmazione dei servizi e alla valutazione delle attività e dei risultati di salute.

### **Percorsi di salute dei cittadini**

- ★ *Percorsi di promozione della salute e del benessere nei luoghi di lavoro*
- ★ *Percorsi di promozione della responsabilità del singolo e della collettività sulla sicurezza in ambienti di vita*
- ★ *Percorsi di promozione di sani stili di vita*
- ★ *Percorsi di promozione di cittadinanza sociale*
- ★ *Percorsi di promozione di una responsabilità educativa diffusa*
- ★ *Percorsi per la conciliazione di lavoro e vita familiare e sociale*

### **★ Percorsi di promozione della salute e del benessere nei luoghi di lavoro**

Negli ultimi anni nel mondo produttivo si sono verificati importanti cambiamenti di segno contrastante: da un lato il rinnovamento tecnologico ha portato ad un miglioramento generalizzato della sicurezza intrinseca delle attrezzature e degli ambienti di lavoro; d'altro canto, in un contesto di accentuata competitività, si è assistito a fenomeni di esternalizzazione e delocalizzazione di interi cicli produttivi, ad un forte aumento dell'immigrazione ed alla diffusione del lavoro atipico e precario. Tutto questo per altro in un quadro di diffusione tra i giovani di modelli culturali nei quali spesso il lavoro non ha lo stesso valore che in passato. L'insicurezza sociale ed economica si traduce in un aumento dello stress lavoro correlato ed in una accentuazione dei fattori di rischio psico-sociali, che vanno assumendo un peso sempre maggiore tra i determinanti della salute e sicurezza sul lavoro.

Contemporaneamente sono emersi rischi di tipo ergonomico e si diffondono le patologie ed i disturbi a questi correlati, in particolare da sovraccarico biomeccanico.

Tutto questo si traduce in un quadro epidemiologico che, pur in presenza di un lento e costante calo del rischio infortunistico globale, non mostra una sostanziale diminuzione degli eventi più gravi, che sono sempre più correlati causalmente con carenze della sicurezza di carattere organizzativo e gestionale.

Questo quadro di interazione multifattoriale e multidimensionale pone con grande evidenza la necessità di un approccio sistemico al problema della promozione della salute e della sicurezza sul lavoro che, parallelamente ad una azione di controllo sul rispetto delle regole potenziata quantitativamente e migliorata qualitativamente, promuova la **cultura della sicurezza**, intesa come insieme di valori condivisi e soprattutto tradotti in efficaci soluzioni organizzative. Come già indicato nelle **priorità di intervento provinciale**, le azioni in questo ambito devono concorrere a garantire la regolarità, la qualità e la sicurezza del lavoro.

In questo contesto va sottolineata l'importanza fondamentale della **informazione e della formazione**, che devono essere potenziate e diffuse a tutti i livelli, stimolando interventi educativi nei confronti dei giovani fin dalla scuola primaria, e, successivamente, nelle scuole professionali e nell'età adulta, promuovendo le sinergie e la collaborazione delle Pubbliche Amministrazioni, delle parti sociali, degli Organismi paritetici, dei Centri territoriali permanenti per l'educazione degli adulti.

Altrettanto importanti sono gli interventi di facilitazione per l'adozione di **"buone prassi"**, particolarmente **quelle rivolte alle piccole e medie aziende** e mirate alla diffusione di modelli semplici ed efficaci di organizzazione e gestione della sicurezza.

In quest'ottica di facilitazione è fondamentale promuovere la collaborazione tra soggetti singoli e collettivi, pubblici e privati, per perseguire, anche con l'adozione di patti territoriali, il raggiungimento di livelli di sicurezza quantitativamente e qualitativamente ottimali. Altrettanto importante è la collaborazione tra le Amministrazioni pubbliche nella consapevolezza che la promozione della regolarità dei rapporti di lavoro è condizione necessaria per raggiungere elevati livelli di salute e sicurezza sul lavoro.

Obiettivi che si inseriscono nella più ampia strategia di promozione della **responsabilità sociale** delle imprese intesa, secondo quanto indicato dal libro verde della Commissione europea 2001 come *"l'integrazione, su base volontaria, da parte delle imprese, delle preoccupazioni sociali ed ecologiche nelle loro attività e nei loro rapporti con le parti interessate. Essere socialmente responsabili significa non solo soddisfare pienamente gli obblighi giuridici applicabili, ma anche andare al di là, investendo di più nel capitale umano, nell'ambiente e nei rapporti con le parti interessate"*.

In questo contesto comunque un elemento critico resta **la partecipazione dei lavoratori** ai processi di prevenzione, indispensabile per la efficacia degli stessi, e pertanto da stimolare con la massima attenzione.

Il Servizio pubblico si pone come regolatore del sistema e, in un'ottica di Prevenzione Basata sull'Evidenza, come riferimento per la diffusione di programmi e azioni preventive appropriate e dimostratamente efficaci.

#### **Obiettivi strategici**

- Proseguire l'attività di mappatura dei rischi e di sorveglianza epidemiologica dei danni lavorativi, con particolare riferimento ai **"nuovi rischi"** (rischi psico-sociali, ergonomici, ecc.) ed ai **"soggetti deboli"** (immigrati, minori, lavoratori atipici, donne)
- Proseguire i programmi di promozione della cultura e della **gestione organizzata della sicurezza**
- Proseguire i programmi di promozione e controllo della **formazione sulla sicurezza** di tutti gli attori del sistema prevenzione, in particolare immigrati, lavoratori atipici
- Potenziare i programmi di comunicazione del rischio e di promozione delle **"buone prassi"** in particolare nelle Piccole e Medie Imprese
- Prosecuzione dell'attività di assistenza ai **Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza**
- Potenziare **le attività di controllo** sulla base delle priorità di rischio.
- Promuovere la sicurezza nelle scuole

**La Popolazione target** è costituita da tutti i soggetti singoli o associati, che operano nel "sistema prevenzione sul lavoro": datori di lavoro e loro associazioni sindacali, consulenti, professionisti, lavoratori e sindacati, Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, dirigenti scolastici e insegnanti.

#### **☆ Percorsi di promozione della responsabilità del singolo e della collettività sulla sicurezza in ambienti di vita**

Gli incidenti in ambienti di civile abitazione sono una causa importante di morbosità e di mortalità in tutti i paesi industrializzati; il fenomeno colpisce più frequentemente le donne, gli anziani ed i bambini, nei quali è la prima causa di morte. Nonostante questo non vi è nella popolazione una adeguata percezione del rischio, essendo la casa vissuta come il luogo sicuro per eccellenza. Dunque per incidere positivamente sul fenomeno è importante intervenire a livello informativo ed educativo, soprattutto sulle giovani generazioni per diffondere una attenzione "ecologica" anche verso l'ambiente domestico, ma anche stimolare una maggiore attenzione al problema da parte dei professionisti, per la progettazione di nuove case intrinsecamente più sicure. Altrettanta attenzione va posta alla sicurezza impiantistica soprattutto nelle abitazioni vecchie, spesso abitate da soggetti deboli, anziani o immigrati. Quanto alla sicurezza dei bambini occorre coinvolgere le giovani coppie di genitori con programmi di sensibilizzazione e formazione sul tema fin dalla gravidanza e per i primi anni del bambino, anche all'interno del percorso nascita. Quanto

agli anziani, che spesso subiscono lesioni gravi o mortali in conseguenza soprattutto di cadute, ma che sono i più refrattari a modificare i propri comportamenti, occorre progettare iniziative di coinvolgimento all'interno dei centri di aggregazione, per stimolare l'attenzione al problema, ma anche offrire la disponibilità di consulenza per il miglioramento della sicurezza domestica e programmi per stimolare il movimento, il tono e l'equilibrio e ridurre di conseguenza il rischio di caduta. Tutto ciò con l'intervento integrato degli operatori delle cure primarie, della sanità pubblica, dell'ospedale e con la collaborazione delle associazioni di volontariato e dei sindacati dei pensionati.

#### **Obiettivi strategici**

- Sviluppare programmi per la rilevazione ed il controllo del rischio impiantistico e dell'igienicità nelle abitazioni vetuste e proseguire nel progetto "Casa facile" e Centro Adattamento Ambiente Domestico,
- Sviluppare programmi di informazione e counselling per promuovere la competenza delle giovani coppie circa la prevenzione degli incidenti domestici nei bambini,
- Sviluppare programmi per promuovere la competenza delle famiglie e degli anziani circa la prevenzione degli incidenti domestici ed in particolare delle cadute degli anziani,
- Sperimentare e sviluppare programmi per diminuire il rischio personale di caduta negli anziani fragili.

**La Popolazione target** è costituita dai proprietari di abitazioni vetuste, dalle giovani coppie in attesa di un figlio o con figli piccoli, dagli anziani a rischio e dalle loro famiglie

#### ☆ **Percorsi di promozione di sani stili di vita**

Come emerso dalle analisi condotte nel profilo di comunità relative ai fattori di rischio e agli stili di vita, pur cominciando a manifestarsi i risultati di programmi mirati di prevenzione, anche nel nostro territorio c'è ancora molto da lavorare su alimentazione, attività fisica e altri comportamenti a rischio quali consumo di fumo di tabacco, abuso di alcool..

Le giovani generazioni sono ovviamente il principale target di ogni strategia educativa tesa ad intervenire sugli stili di vita, sia perché è nell'infanzia e nell'adolescenza che si vanno formando abitudini e comportamenti, sia perché nei giovani, che si trovano in una fase delicata di sviluppo psicoaffettivo, tali comportamenti assumono spesso connotazioni particolarmente a rischio: basta pensare, ad esempio all'assunzione di alcol e droghe, ai comportamenti sessuali, agli incidenti stradali.

Ma stili di vita non favorevoli alla salute sono diffusi in tutta la popolazione e continuano a manifestare i loro effetti lungo l'arco dell'intera esistenza. Altrettanto importante è quindi intervenire su coloro che già sono portatori di patologie croniche (diabetici, cardiopatici, ecc.) o presentano condizioni di maggiore rischio (obesi, ipertesi, dislipidemici). In questa prospettiva i percorsi di promozione di sani stili di vita sono strettamente correlati ai percorsi di cura.

A prescindere dall'età o condizione patologica o target, efficacia, appropriatezza e sostenibilità sono requisiti indispensabili anche nei percorsi di promozione di stili di vita sani: ogni iniziativa deve essere adeguatamente programmata, attuata e valutata tenendo conto di alcuni principi e raccomandazione ormai condivise a livello internazionale<sup>3</sup> seppur tuttora non diffusamente applicate, anche perché richiedono competenze che non fanno parte della cultura di base dei servizi sanitari: azioni comunicative finalizzate a favorire la partecipazione, promuovere la salute, comunicare il rischio, pur dando origine ad una serie di esperienze particolarmente ricche e significative, specie nella nostra Regione culminate nell'esperienza dei Piani per la Salute, e contribuendo a formare una intera generazione di operatori e di cittadini competenti, sono in realtà riuscite ad incidere solo in parte sulla cultura e sui comportamenti della popolazione.

#### **Obiettivi strategici**

L'obiettivo principale è **consolidare un modello di intervento** caratterizzato da:

- *Azioni coordinate e contestuali* su più campi di intervento, in quanto una strategia efficace mira ad intervenire sulle politiche (promuovere politiche di salute), sui contesti (creare ambienti favorevoli) e sui sistemi di relazioni (rafforzare le azioni

---

<sup>3</sup> vedi ad esempio *Active Living by Design Community Action model* della University of North Carolina School of Public Health)

della comunità), sugli individui (rafforzare le capacità personali). In altre parole, anche se le azioni per la modifica dei comportamenti a rischio si rivolgono prioritariamente agli individui e alle comunità, hanno molta più efficacia e sono più credibili se si promuove un contesto ambientale favorevole.

- *Forte coordinamento istituzionale e professionale* e ricerca di sinergie e collaborazioni con i cittadini e con tutti i detentori di interesse (rete di professionisti pubblici e privati, di enti pubblici e associazioni del terzo settore).
- *Accurata pianificazione degli interventi sul breve, medio e lungo periodo*, adozione di strategie comunicative efficaci (attenzione ai destinatari, coinvolgimento di opinion leader e mediatori di informazioni, molteplicità di canali e strumenti, coerenza e correttezza dei messaggi ecc...), monitoraggio costante dei risultati, degli obiettivi, formazione dei soggetti coinvolti.

Ambito sicuramente prioritario di applicazione di questi principi generali è la **promozione del benessere fisico** attraverso la diffusione e il sostegno alla pratica sportiva ed alle attività motorie e ricreative che costituiscono, da sempre, un terreno molto fertile anche per le valenze aggiuntive di aggregazione sociale. Tale ambito di intervento, rafforzato dal ricco percorso culturale di valorizzazione della figura di un medico forlivese Gerolamo Mercuriale, estensore del testo "De arte Gymnastica", oramai iscritto nella storia della medicina fra i precursori della medicina riabilitativa, dovrebbe prevedere i seguenti **obiettivi**:

- Il consolidamento, la qualificazione e lo sviluppo del patrimonio esistente di impianti sportivi e di spazi pubblici e privati disponibili alle esigenze di attività fisica di tutti i cittadini.
- Promuovere l'avviamento alla pratica sportiva e incrementare la partecipazione dei cittadini allo "sport per tutti", ma anche offrire concrete possibilità di fruizione ai soggetti che possono beneficiare di attività fisica regolare, ai disabili, ai bambini ed agli anziani.
- Contrastare l'esasperata ricerca della performance a vantaggio della cultura del benessere fisico, orientando in tal senso la preparazione degli addetti ai lavori e le offerte di servizi presenti sul mercato.

Oltre ai fattori di rischio già citati, intervenire sui comportamenti individuali è fondamentale anche nel campo della sicurezza stradale, sul lavoro e domestica, contestualmente agli interventi di carattere strutturale, tecnologico ed organizzativo.

Terzo, ma non meno importante l'obiettivo di coinvolgere in modo sistematico nei progetti di prevenzione i **professionisti del territorio e del nostro ospedale** che singolarmente o in sintonia con associazioni di pazienti e/o cittadini promuovono già azioni strutturate per la riduzione di vari fattori di rischio, soprattutto nei tradizionali campi dell'educazione al paziente cronico, della continuità delle cure, degli stili di vita, della sicurezza sul posto di lavoro.

Le esperienze dello stesso ospedale da tempo incluso nelle **Reti degli ospedali che promuovono salute**, avviate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità contribuiscono a rafforzare la rete locale della prevenzione. Va detto che il concetto di un ospedale come promotore di salute non significa che ha abbandonato la sua principale funzione curativa, ma che ha incorporato nella propria cultura e nel lavoro quotidiano l'idea della promozione della salute del suo personale, dei pazienti e delle loro famiglie.

## ☆ Percorsi di promozione di cittadinanza sociale

La cittadinanza sociale è definita come l'insieme dei diritti, doveri, responsabilità ed interessi che legano la persona alla propria comunità in uno spazio di vita condiviso. Si costruisce nel rapporto dinamico tra il diritto individuale alla salute e al benessere e l'interesse della collettività a garantirne e tutelarne la condizione. E' allo stesso tempo prodotto e causa dello sviluppo del capitale umano di un territorio, inteso come fattore produttivo e potente fattore di coesione sociale.

Gli **obiettivi strategici** legati a questo percorso attengono a:

- Definire e garantire i **livelli base di cittadinanza sociale** attraverso l'ampia diffusione dell'informazione sul sistema degli interventi e servizi sociali e sanitari (sportello sociale, sportelli sanitari, patronati, punti di ascolto di associazioni ed Enti), il miglioramento dell'accesso attraverso i punti unici, il consolidamento del

pronto intervento sociale in stretto racconto con il pronto soccorso e i nuclei di cure primarie.

- **Costruzione delle carte di cittadinanza sociale:** la produzione ed il mantenimento dei diritti sociali sono operazioni molto esigenti in termini di simmetria tra diritti e doveri. E' pertanto necessario rafforzare le azioni di integrazione sociale tese a promuovere e sostenere l'inserimento socio-culturale nel territorio dei cittadini provenienti da altri Paesi o da differenti realtà culturali in stretta collaborazione tra le diverse istituzioni del territorio, le organizzazioni sociali e di volontariato. Le azioni poste in essere e descritte nella carta di cittadinanza devono essere volte a rafforzare i rapporti con il territorio per favorire l'educazione alla cittadinanza, l'integrazione, la partecipazione alla vita sociale e la sicurezza sociale sul territorio, garantendo l'esigibilità delle doveri e la fruizione dei diritti.
- Offrire **punti d'ascolto in contesti di normalità per sostenere le relazioni** di coppia, intergenerazionali, familiari e far evolvere positivamente la conflittualità.
- **Ampliare la base di popolazione attiva e garantire la regolarità, la qualità e la sicurezza del lavoro** (vedi priorità programmatiche di ambito provinciale).

### ☆ Percorsi di promozione di una responsabilità educativa diffusa

La comunità nel suo insieme accoglie e cresce i bambini. Promuovere la salute ed il benessere delle nuove generazioni lungo il loro percorso di crescita passa attraverso azioni tese a porre al centro e diffondere la responsabilità educativa in tutti gli ambiti della società nella consapevolezza che occorre far fronte ad un'inedita ed incalzante "questione adulta" che si affianca a difficoltà vecchie e nuove che i giovani incontrano nel cammino della loro crescita. Occorre perciò sostenere la normalità delle relazioni tra genitori e figli, rifondare il patto educativo tra scuola e famiglia, favorire la solidarietà tra le generazioni dentro e fuori la famiglia. Sono numerosi i programmi sviluppati nell'ultimo decennio sia dai servizi sociali ed educativi dei Comuni sia dall'A.Usl, spesso in integrazione tra loro, rivolti a sostenere la crescita delle nuove generazioni, bambini, adolescenti e giovani, con un'attenzione ai rischi che i nuovi scenari della genitorialità implicano e a progettare nuove modalità di intervento tese a sostenere i fattori protettivi e a contrastare i potenziali di rischio.

Gli **obiettivi strategici** legati a questo percorso attengono a:

- Sviluppare in sinergia tra tutte le organizzazioni sociali coinvolte le azioni orientate **all'alimentazione della fiducia**, sia nei bambini e nelle loro competenze sia negli adulti educanti (genitori, educatori della scuola e delle altre agenzie, professionisti del sociale e sanitario);
- Ricercare **nuove alleanze per una sensibilizzazione culturale** sui diritti dei minori che utilizzi modalità comunicative innovative capaci di coinvolgere e motivare le persone e i gruppi;
- Rafforzare il valore multiplo della **rete integrata dei servizi per l'infanzia** in termini di offerta educativa, sostegno alla genitorialità ed inclusione sociale;
- Sostenere il **rapporto tra Famiglia-Scuola e tra Scuola-Comunità locale-Famiglia** favorendo la trasparenza e visibilità dei progetti formativi, l'associazionismo formale ed informale tra i genitori, rafforzando i progetti di rete tra servizi sociali e sanitari, scuola e famiglie;
- Consolidare **l'offerta educativa e ricreativa extrascolastica** come potente fattore di inclusione sociale attraverso l'attenzione allo sviluppo delle competenze relazionali e sociali dei ragazzi e delle loro famiglie.

### ☆ Percorsi per la conciliazione di lavoro e vita familiare e sociale

Il forte ruolo di governance giocato *in primis* dal Comune di Forlì nelle politiche di conciliazione tra lavoro e vita familiare per favorire la piena partecipazione delle donne al mercato del lavoro, ha prodotto una mobilitazione estesa dei soggetti economici, sindacali e sociali del territorio, e una collaborazione attiva grazie alla formalizzazione di un accordo territoriale e all'istituzione di un tavolo di concertazione sulla conciliazione tra lavoro e vita familiare.

La collaborazione ha riguardato in particolare la sperimentazione di servizi innovativi per la cura e di nuove modalità di organizzazione del lavoro, entrambe rese possibili dai finanziamenti della legge 53/2000. Va inoltre segnalata la realizzazione di interventi di snellimento, semplificazione, decentramento ed informatizzazione di procedure amministrative attuate con l'obiettivo di produrre risparmio di tempo e facilitare l'accesso ai servizi da parte dei cittadini e delle cittadine.

All'interno di questa ricca sperimentazione vanno ricordate anche le iniziative di sensibilizzazione delle giovani coppie sui temi della condivisione e ripartizione dei compiti di cura all'interno delle famiglie, realizzati congiuntamente dal Centro Donna, dal Centro Famiglia e dai servizi educativi per la prima infanzia all'interno del percorso nascita.

E' necessario proseguire le attività già intraprese sia all'interno delle aziende, sia nella verifica continua dell'appropriatezza dei servizi educativi e di cura rispetto alle esigenze di conciliazione.

Gli **obiettivi strategici** legati a questo percorso attengono a:

- **ampliare il numero delle imprese coinvolte** in sperimentazioni organizzative che favoriscono la conciliazione, promuovendo iniziative di sensibilizzazione e una nuova cultura delle relazioni con i lavoratori e le lavoratrici, nell'ambito della responsabilità sociale dell'impresa;
- realizzare **servizi sperimentali** (di dimensione aziendale o territoriale) **per facilitare la conciliazione**: es. sportelli impresa-famiglia per l'informazione ed i rapporti tra lavoratori/lavoratrici ed enti pubblici;
- rafforzare la rete di enti, organizzazioni ed operatori economici e sociali attenti al tema della conciliazione per estendere l'attenzione del contesto locale verso tale problematica e promuovere esperienze diffuse di facilitazione;
- sviluppare nell'ambito della rete dei servizi, ma non solo, progetti che favoriscano la **cultura della condivisione e ripartizione dei compiti di cura** tra donne e uomini all'interno delle famiglie.

## Percorsi di cura dei cittadini

- \* *Percorso nascita*
- \* *Percorsi di cura per bambini/ragazzi a rischio evolutivo e adulti fragili*
- \* *Percorsi per patologie acute e postacute*
- \* *Percorso disabilità*
- \* *Percorsi per patologie croniche*
- \* *Percorsi per il disagio mentale*
- \* *Percorsi per dipendenze patologiche*

Stante la diffusione nel nostro territorio di patologie soprattutto croniche, che necessitano di prese in carico a medio e lungo termine, con esigenza di risposte capaci di presidiare la continuità delle cure, la qualità delle relazioni e l'equità distributiva, i **percorsi di cura** saranno organizzati ed incentrati sui diversi aspetti della malattia e delle relative complicanze, sulla prevenzione delle condizioni di co-morbilità e su aspetti rilevanti del sistema di erogazione. Già da questa prima affermazione è facile ricavare il significato che si intende dare al termine "cura", che esprime azioni non limitate unicamente al "curare" ma anche al "farsi carico" al "prendersi cura", cioè a quello che nella lingua inglese distingue il verbo "care" da "cure"

Il modello di "gestione integrata della malattia" (disease management definito come l'approccio organizzativo, propositivo e multifattoriale all'assistenza sanitaria fornita a tutti i membri di una popolazione affetti da una specifica patologia.) è considerato lo strumento più indicato per migliorare l'assistenza delle persone con malattie croniche, ma anche alle malattie acute che presentano anche un fase più o meno prolungata di postacuzie. Queste persone, infatti, hanno bisogno di trattamenti efficaci, continuità di assistenza, informazione e sostegno per raggiungere la massima autogestione possibile, follow-up sistematici più o meno intensi a seconda della gravità del quadro clinico. Si tratta di una risposta organica alla frammentazione della cura, al trattamento inappropriato e alla deviazione dalle linee guida. L'obiettivo è far sì che l'assistenza alle persone con malattie croniche o a lungo decorso sia il più possibile omogenea, coordinata e comprensiva.

Sappiamo infatti da **evidenze scientifiche** che, ad esempio:

- Solo il 27% dei pazienti ipertesi è trattato appropriatamente;
- Il 55% dei pazienti diabetici hanno livelli di emoglobina A1c al di sopra del 7,0%;
- Solo il 14% dei pazienti con malattie coronariche raggiunge livelli di colesterolo LDL raccomandati dagli standard internazionali;
- Solo la metà dei fumatori riceve dal proprio medico di famiglia consigli su come smettere di fumare.

A ciò si aggiunge la scarsa numerosità dei casi ad alta complessità che, oltre alla personalizzazione della presa in carico richiede modalità organizzative differenziate che includano quanto più possibile risposte e soggetti che agiscono in loco.

Certamente la "**gestione integrata della malattia**" (*disease management*) si pone quale supporto per tali problemi; essa garantisce, infatti, la corretta continuità assistenziale e l'integrazione tra ospedale e territorio per una gestione del paziente più razionale e rapida non solamente all'interno della struttura ospedaliera ma anche a domicilio, con creazioni di reti integrate. Questi modelli partono primariamente dalle necessità assistenziali del paziente cronico, come il bisogno di controlli periodici, la prevenzione delle instabilità cliniche, la valutazione e la cura delle co-morbilità, la stimolazione all'autogestione della malattia, e cercano di ridurre il problema dei costi complessivi principalmente attraverso l'utilizzo di soluzioni organizzative che tendano a diminuire in modo significativo l'assorbimento delle risorse legato all'accesso alle strutture di degenza o ambulatoriali. Diversi studi hanno infatti

già dimostrato come gran parte delle costose ri-ospedalizzazioni, o comunque frequenti e inappropriati controlli, potrebbero essere evitati tramite l'introduzione di modelli di disease management, aumentando allo stesso tempo la qualità della vita e persino la sopravvivenza. In tale percorso in primo luogo il paziente (e la famiglia) assume un ruolo attivo nella gestione della sua malattia attraverso forme di educazione sanitaria e il medico di medicina generale è responsabile in prima battuta del percorso diagnostico terapeutico del paziente. Infine l'equipe multidisciplinare, composta, oltre che dal medico di medicina generale, in primo luogo da infermieri con competenze specifiche, dallo specialista di riferimento, ma che può utilmente essere allargata anche all'apporto di diversi specialisti e di competenze professionali non mediche (psicologi, fisioterapisti nutrizionisti etc.). Per tale modello a prevalere è il cosiddetto **paradigma "dell'iniziativa"** con il quale si intende un pattern assistenziale orientato alla "promozione attiva" della salute e al rafforzamento delle risorse personali (auto-cura e family learning) e sociali (reti di prossimità e capitale sociale) a disposizione dell'individuo, specie se affetto da malattie croniche o disabilità.

Si tratta cioè di dare piena attuazione al **Chronic Care Model**<sup>4</sup> all'interno dello sviluppo dei **Nuclei di Cure Primarie**, che diventano da funzionali a strutturali, differenziando l'approccio a seconda dell'ambito territoriale di riferimento.

Secondo tale modello per migliorare l'assistenza ai pazienti cronici o disabili occorre stabilire solidi collegamenti con le **risorse della comunità** (gruppi di volontariato, gruppi di auto aiuto, centri per anziani autogestiti) e incoraggiare i pazienti a partecipare ad efficaci programmi della comunità, per sostenere e sviluppare interventi che possano contribuire ad un'azione più efficace dei servizi.

Nella realtà forlivese esistono già esperienze sia sanitarie che sociali di tal genere che vanno consolidate. Due esempi: il coinvolgimento del volontariato nella programmazione e nell'attuazione di servizi già in essere o aggiuntivi (ad esempio l'erogazione di servizi a domicilio) e la pianificazione congiunta di attività educative/informative sui temi di prevenzione rivolto a popolazioni target o a singoli.

## **Indirizzi organizzativi**

Gli **attori** di questo tipo di intervento sono:

- **Il clinico**, che si prende carico degli aspetti di diagnosi e terapia.
- **L'èquipe assistenziale** che opera secondo i principi e con gli strumenti del disease management. La struttura dell'equipe **assistenziale**, è composta da medici di famiglia e Specialisti, Infermiere, Fisioterapista, Assistente sanitaria, (a garanzia dello svolgimento di funzioni di prevenzione ed educazione alla salute), Assistente sociale. L'equipe nel suo complesso si fa carico dei casi complessi, polipatologici, cronici; per la patologie croniche, in particolare, il personale non medico è formato per supportare l'auto-cura dei pazienti, per svolgere alcune specifiche funzioni (nel diabete ad esempio test di laboratorio, esame del piede, etc.) e assicurare la programmazione e lo svolgimento del follow-up dei pazienti. Le visite programmate sono uno degli aspetti più significativi del nuovo disegno organizzativo del nucleo di cure primarie.
- **il gestore del caso (case manager)**, che si prenda carico delle singole situazioni più complesse, per l'intero percorso o per parte del percorso (medico specialista o di MMG/PLS, infermiere, fisioterapista, ostetrica, assistente sociale, educatore)
- **il coordinatore ed i responsabili del percorso** (o di segmenti del percorso), in grado di trasformare le "aree grigie" in "cerniere" fra i diversi tratti di percorso,

I principali **strumenti** sono:

- **gli sportelli (unici o integrati) e i front office**, in grado di disegnare il percorso e informarne gli utenti;
- **le Unità di Valutazione Multidimensionali**, che devono essere unificate come metodo di lavoro, procedure, strumenti, partendo dall'esistente costituito da: UVM (dall'acuto al postacuto) UVG (per la valutazione degli *anziani e a fruizione dei servizi per la non autosufficienza*), UVH (per inserimento in strutture *per handicap*), per

---

<sup>4</sup> Maciocco e altri

l'attivazione dei servizi previsti dalla DGR 2068 (*disabilità gravissime insorte in età adulta*), per il passaggio dei *disabili dai servizi per l'età evolutiva a quelli dell'età adulta*, le commissioni di invalidità, quelle per l'inserimento in strutture *psichiatriche* o per *tossicodipendenti*, l'inserimento dei *malati AIDS* nelle strutture residenziali.

- **i supporti tecnologici**, infatti in tale approccio riveste un'importanza fondamentale la circolazione delle informazioni socio-sanitarie e assistenziali che garantiscono all'equipe delle cure primarie di seguire l'evoluzione delle patologie e di intervenire in modo appropriato con continuità (7giorni su 7), di integrare le cure primarie con le competenze specialistiche, di costruire registri di patologia, per pianificare e amministrare un'assistenza "*population-based*". La presenza di questi strumenti può permettere anche lo svolgimento di sistema di allerta importante e critico nelle attuali condizioni di nuove e vecchie patologie trasmissibili. Oltre a ciò per consolidare la qualità dell'intervento territoriale è importante lo sviluppo dell'utilizzo della telematica (si muovono i dati e non i cittadini) già avviato nella realtà forlivese: a seguito del progetto integrato di trasmissione a distanza di immagini radiologiche, già è possibile in tutte le sedi territoriali dove esiste un elettrocardiografo trasmettere il tracciato al reparto di cardiologia dell'ospedale forlivese.

Ciò premesso il paziente è protagonista attivo dei processi assistenziali; la gestione quotidiana della patologia può essere insegnata alla maggior parte dei pazienti e un rilevante segmento di questa gestione - la dieta, l'esercizio fisico, il monitoraggio, l'uso dei farmaci - può essere trasferito sotto il loro diretto controllo.

Occorre dunque organizzare anche **le risorse della famiglia e della comunità** per fornire ai pazienti un continuo supporto all'**autocura**, promuovendo azioni a 3 livelli:

- **Collettivo**: promozione di iniziative con il volontariato sui temi della prevenzione e di corretti stili vita coerenti ai problemi relativi alla cronicità (dal corretto uso del farmaco ad adozione di diete, attività motoria ecc.). Occorre proseguire e promuovere la messa in rete delle risorse esistenti sul territorio che favoriscono le tecniche di auto-aiuto e la collaborazione dei servizi sanitari territoriali e socio sanitari con le Reti di decentramento urbano (quartieri/circoscrizioni).
- **Gruppi di pazienti per patologia**: lavoro del Nucleo di Cure Primarie con particolare impegno da parte di fisioterapisti e Assistenti sanitarie volto all'insegnamento delle tecniche di autocura e di autosufficienza all'interno del proprio ambiente di vita (domicilio e contesto sociale).
- **Singolo**: introduzione della figura dell'infermiere referente all'interno dei NCP per favorire la consapevolezza del singolo e della famiglia sulla malattia, realizzando informazione e promozione alla salute.

Tali approcci sono agiti su percorsi che si sviluppano prevalentemente nel nostro territorio fra gli ospedali (pubblici e privati) e le sedi territoriali dei servizi sanitari, sociali e socio-sanitari integrati (i luoghi della prossimità) ma per una parte assumono una dimensione sovraterritoriale di area vasta (i luoghi della specializzazione), di cui tenere conto in termini organizzativi (vedi percorso cardiocirurgico).

Operativamente **lavorare per percorsi**, da sviluppare nel Piano per la Salute ed il benessere e nel Piano Attuativo Locale, significa dunque:

- fare il censimento dei percorsi individuando quelli già presenti nell'Ausl e negli Enti locali,
- valutare lo stato dell'arte dei percorsi già avviati, evidenziandone le carenze e le inefficienze: percorsi "spezzati" fra i vari servizi all'interno dell'Ausl, come avviene per alcune *patologie croniche*, per alcuni *percorsi diagnostici polispecialistici*, per l'assistenza ai *disabili*, percorsi completati (o quasi) all'interno dell'Ausl, ma da collegare meglio ai percorsi "sociali" (*anziani non autosufficienti, minori con handicap o grave disagio, etc.*);

- valutare il coinvolgimento dei cittadini (o loro associazioni, comprese quelle dei malati) nella definizione e nel monitoraggio dei percorsi avviati;
- individuare i percorsi che non si esauriscono nel territorio aziendale, ma che necessitano di un ambito almeno di area vasta (i *pazienti oncologici*, i *disabili gravissimi*, i *pazienti cardiocirurgici*...)
- individuare i percorsi che devono essere ancora definiti o ridefiniti e poi avviati: per particolari *patologie (BPCO, ipertensione)*, per il disagio mentale, per popolazioni target (*immigrati*), per fare fronte a bisogni emergenti;
- individuare le priorità del triennio.

## Obiettivi strategici dei percorsi di cura

Dalle analisi scaturite dal profilo di comunità, ovvero dalle valutazioni epidemiologica e socio-sanitaria emerge l'opportunità di lavorare su alcuni percorsi di cura di cittadini per i quali, stante lo stato di attuazione o le criticità, sono stati individuati come prioritari gli obiettivi strategici di seguito indicati per singolo percorso.

### \* Percorso nascita

Sviluppato già da alcuni anni nel nostro territorio, il percorso nascita, in ogni sua articolazione, è attuato con buoni risultati e secondo i criteri e i principi generali, soprattutto nelle gravidanze fisiologiche, pure se con qualche carenza (ecografie ostetriche, qualche discontinuità fra territorio e ospedale). In ambito Ausl il Dipartimento materno Infantile e i percorsi integrati che fanno capo al Dipartimento e al Programma) è in fase di accreditamento.. Negli obiettivi assegnabili è possibile cogliere alcune idee/valori di riferimento per orientare le azioni da intraprendere ,ovvero:

- riconoscimento della funzione sociale della maternità;
- tutela di alcune fasi dell'evoluzione familiare e dello sviluppo individuale durante le quali va particolarmente salvaguardata la qualità delle relazioni nel contesto di riferimento per prevenire disagio e forme di psicopatologia che compiono il loro percorso strutturante proprio nei periodi di passaggio (gravidanze, nascita, primi anni di vita, adolescenza e menopausa):
- attenzione particolare alle condizioni di svantaggio (sociale, culturale, relazionale, ecc.) che possono generare disuguaglianze nell'accesso e nell'utilizzo dei servizi.

### Obiettivi strategici:

- completare la revisione dell'organizzazione del Consultorio con una forte integrazione fra sociale e sanitario, la presa in carico multiprofessionale, lo sviluppo della professionalità ostetrica: per contrastare il disagio giovanile in tema di educazione alla affettività e di salute riproduttiva e sessuale; per incrementare le azioni su screening in tema di prevenzione e diagnosi precoce del cervico-carcinoma e del carcinoma mammario;
- definire il percorso dell'IVG alla luce delle linee guida regionali;
- definire e mettere in atto di azioni che favoriscano la procreazione responsabile (il counselling alla donna e alle coppie, la contraccezione etc.)
- consolidare il percorso della gravidanza fisiologica con particolare riferimento allo sviluppo della diagnostica ecografica e attuare il completamento della gravidanza a rischio sanitario; applicare i protocolli integrati per partorienti con problemi sociali e sanitari, con particolare riguardo a donne immigrate e nomadi;
- consolidare l'attività del "parto senza dolore";
- definire ed attivare gli interventi di percorsi che necessitano di un ambito che supera i confini del territorio aziendale, ad esempio la consulenza e counselling genetico (competenze assenti in area vasta)(controllare le linee guida regionali
- realizzare percorsi integrati per i minori a rischio, per il bambino malato cronico e la famiglia.

La **Popolazione target prioritaria** è rappresentata dalle **donne (e famiglie) con difficoltà socioeconomiche, fra queste le straniere**, in crescita come numerosità, sia per le gravidanze sia per l'IVG, e mediamente più a rischio.

#### \* **Percorsi di cura per bambini/ragazzi a rischio evolutivo e adulti fragili**

Nell'ultimo decennio si è fortemente strutturata la rete di servizi sociali e sanitari rivolti al sostegno e alla cura di bambini, adolescenti e giovani, che precocemente incontrano difficoltà nel loro percorso evolutivo. Si è altresì posto all'attenzione di centri di ricerca e formazione, locali e non, lo studio dei rischi/potenzialità che i nuovi scenari della genitorialità implicano per bambini ed adulti. Lo sviluppo delle politiche sociali e sanitarie del territorio forlivese ci consegna inoltre una rete consolidata di accoglienza, accompagnamento e cura di donne che hanno avuto esperienza di violenza o maltrattamento, nonché un insieme di servizi ed interventi per adulti in difficoltà e a forte disagio sociale (persone che escono dal carcere, emarginati di lungo periodo ecc.).

Le strategie per il prossimo triennio dovranno garantire il rafforzamento dell'integrazione tra le reti già sviluppate nell'ottica del percorso di cura qui rappresentata, lo sviluppo delle competenze di diagnosi e cura degli operatori dei servizi rispetto ai nuovi rischi/patologie, sviluppare nell'ambito delle problematiche di genere una nuova attenzione alla presa in carico degli "uomini" in difficoltà (padri e non). Si ritiene infine fondamentale la definizione di contenuti e modalità operative di una nuova alleanza tra servizi di Comuni e A.Usl e mondo della Giustizia (Autorità Giudiziarie, Forze dell'Ordine, Avvocati) nella consapevolezza dell'importanza della qualità della "risposta giudiziaria" nei percorsi di vita delle persone, dentro e fuori la famiglia, nella minore età o nel disagio dell'esistenza.

#### **Obiettivi strategici :**

- Sviluppare di contesti positivi per potenziare la cura dei bambini e ragazzi che sperimentano precocemente difficoltà evolutive e dei loro genitori attraverso l'integrazione tra i servizi ed interventi individuati tra i percorsi di salute e quelli di cura;
- Potenziare le competenze dei servizi di presa in carico dei bambini con disturbi emotivi precoci;
- Promuovere la mediazione familiare e sociale per la prevenzione/riduzione dei conflitti nelle relazioni familiari;
- Promuovere e sviluppare percorsi di accompagnamento e cura rivolti complessivamente al nucleo familiare in difficoltà anche attraverso le potenzialità offerte dalle reti di famiglie ed i "villaggi comunitari" realizzati dal privato sociale;
- Rafforzare i percorsi di presa in carico integrata delle situazioni di violenza, maltrattamento e abuso anche con riferimento alla persona maltrattante;
- Rafforzare la presa in carico integrata di situazioni patologiche di ragazzi multiproblematici (disturbi del comportamento alimentare o della sessualità);
- Rafforzare la presa in carico integrata nella fase di accompagnamento alla maggiore età di ragazzi a forte rischio di marginalità sociale e delle loro famiglie o contesti di vita, anche attraverso la messa in rete di modalità di intervento multisistema (es. armonizzatore familiare) orientate alla prossimità
- Definire nuovi accordi interistituzionali ed implementare protocolli operativi tra gli attori del percorso di protezione e cura dei minori (servizi dei Comuni e dell'A.Usl, soggetti dell'accoglienza, rappresentanti dei minori quali il tutore legale, il curatore speciale, l'avvocato, autorità giudiziaria, forze dell'ordine) orientati alla responsabilizzazione e collaborazione nell'interesse dei bambini e ragazzi coinvolti.

La **Popolazione target prioritaria** è rappresentata da famiglie separate e/o ricostituite, famiglie che sperimentano adozioni e/o affidamenti difficili, famiglie monoparentali, nuclei familiari multiproblematici (es. genitori con disagio psichico, figli consumatori di sostanze ecc).

## \* Percorsi per patologie acute e postacute

Il modello di assistenza per intensità di cura dell'ospedale di Forlì è già stato disegnato per percorsi assistenziali passando dal sistema di cura tradizionale dove i pazienti sono dislocati in singoli reparti e trasferiti a seconda delle esigenze sanitarie, ad uno più attento nel "prenderci cura" della persona malata, dove i professionisti che "ruotano" attorno al letto di degenza lavorano in stretta collaborazione. Il malato non viene gestito per episodi di cura, ma per percorsi che garantiscono la continuità del trattamento. Anche gli ambulatori, divisi per aree, che accolgono i pazienti in Ospedale, offrono pacchetti di prestazioni adeguati allo stato di salute di ogni malato con sinergia più stretta con il territorio e l'assistenza domiciliare per assicurare una riabilitazione meno traumatica al paziente e un sostegno concreto ai famigliari.

Sono già attivi percorsi per patologie ad esordio acuto che necessitano di cure e assistenza in fase postacuta, ad esempio il percorso ortogeriatrico, il percorso dello stroke. Per queste patologie il percorso è solitamente "lineare", dall'acuzie alla postacuzie (ed eventualmente alla cronicità e alla disabilità), dall'ospedale per acuti a quello per postacuti, fino alle strutture sociosanitarie o all'assistenza domiciliare e ambulatoriale specialistica e del MMG.

### **Obiettivi strategici :**

- Sviluppare e consolidare la continuità e il collegamento fra i diversi tratti dei percorsi: intraospedaliero, territoriale, sanitario e sociale.
- Sviluppare e consolidare percorsi intraospedalieri per la fase acuta (stroke, emergenze gastroenterologiche, pneumologiche, cardiologiche, percorso ortogeriatrico, traumatologia.)
- Consolidare percorso senologico per garanzia del continuum del trattamento e percorso per trattamento del cancro colon-retto,
- Individuare, definire e sviluppare altri percorsi, in particolare quelli che coinvolgono strutture sanitarie extraziendali (hub regionali. soprattutto nella fase di acuzie: paziente oncologico, paziente neuro chirurgico, cardio-chirurgico, GRACER (riabilitativo);
- Rafforzare gli attori del percorso (coordinatore, specialisti, medici di medicina generale, infermieri, fisioterapisti etc..)
- Omogeneizzare e unificare gli strumenti (le Unità di valutazione, le dimissioni protette, i sistemi informativi).
- Rafforzare la rete fra i presidi (IRST) e servizi per la presa incarico del paziente oncologico (vedi percorso chirurgico)

**Popolazioni target prioritaria:** la popolazione giovane e in età lavorativa ad alto rischio di disabilità e la popolazione anziana ad alto rischio di non autosufficienza come esito dell'episodio di malattia.

## \* Percorso disabilità

I disabili sono forse l'esempio più evidente nel territorio di una popolazione alla quale, nel suo complesso, dalla disabilità infantile alla adulta, dalla congenita all'acquisita (comprese la grave disabilità ex DGR 2068) vengono assicurate risposte in termini di servizi (sanitari, sociosanitari e sociali) prestazioni (riabilitative, protesiche, odontoiatriche, ma anche di inserimento nella scuola, nel lavoro e di socializzazione) singolarmente di buona qualità e con una buona copertura quantitativa rispetto ai bisogni. Ciò nonostante i singoli interventi, ancorchè professionalmente e tecnicamente appropriati ed efficaci, risulterebbero nel loro complesso più efficaci, anche nella percezione degli interessati e delle loro famiglie, se fossero inseriti in percorsi organizzati ed efficienti

**Obiettivi strategici** (intendersi anche quali indirizzi per il piano di attività per la non autosufficienza in area disabile):

- Assumere il progetto globale di vita del disabile come principio guida per l'organizzazione dei percorsi favorendo il protagonismo delle persone e delle famiglie

- definire o organizzare i principali percorsi di sostegno e di cura, dando continuità ai diversi tratti di percorsi sanitari in ambito aziendale (riconoscimento dell'invalidità e disabilità, assegnazione di supporti per l'autosufficienza, riabilitazione, in ambito intra-ospedaliero), e fra sanitario e sociale (recupero e mantenimento di abilità, interventi nei luoghi di vita, "dopo di noi" etc.)
- connettere i percorsi socio-sanitari con le risorse e i servizi di altri enti e agenzie (inserimento nella scuola e nel lavoro etc...) e migliorare i protocolli di collaborazione
- rafforzare alcuni attori del percorso (coordinatore, medici di medicina generale e specialisti, fisioterapisti, assistenti sociali, educatori, caregivers)
- Omogeneizzare e unificare gli strumenti (le Unità di valutazione, i sistemi informativi).
- Valutare e promuovere l'utilizzo di tecnologie a supporto dell'autonomia di particolari tipologie di disabili (non vedenti, non udenti ecc)

Numerose sono in questo caso le **popolazioni target**, in rapporto ai diversi criteri di priorità:

- disabili adulti in strutture o a domicilio (alta prevalenza rispetto ad altri territori regionali, alto impegno assistenziale e con margini di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza degli attuali percorsi);
- disabili minori gravi (prevalenza molto bassa, ma alto impegno assistenziale);
- disabili nella fase di passaggio da minori ad adulti e nella fase di uscita dall'ambito scolastico e formativo (bassa prevalenza ma alto impegno, anche di supporto alle famiglie, con margini di miglioramento dei percorsi);
- disabili adulti gravissimi (bassa prevalenza, ma impegno assistenziale molto alto).

#### \* Percorsi per patologie croniche

In ambito sanitario sono stati attivati e sviluppati negli anni scorsi, percorsi per alcuni **patologie croniche**: il diabete, le malattie croniche dell'intestino e più recentemente lo scompenso cardiaco con il coinvolgimento di specialisti, medici di medicina generale, infermieri. Solitamente è presente e funziona discretamente un percorso "circolare" fra Medici di medicina generale che hanno in carico il paziente e gli specialisti di riferimento. Analogamente in ambito socio-sanitario già è attiva una rete di servizi e di interventi per la non autosufficienza degli anziani ampia e articolata, che, dall'attivazione della programmazione del **Fondo per la non autosufficienza** ha tratto elementi di ulteriore sviluppo che andrà consolidato sulla base di alcuni indirizzi strategici di seguito delineati.

#### Obiettivi strategici:

- Completare e perfezionare i percorsi per le patologie già seguite (diabete, scompenso cardiaco, malattie intestinali), con un maggiore coinvolgimento dell'equipe di cure primarie, nell'ambito dei nuclei;
- Definire e avviare i percorsi per le Broncopneumopatie cronico ostruttive e l'ipertensione;
- Rafforzare gli attori del percorso (medici di medicina generale e specialisti, infermieri, fisioterapisti, assistenti sociali, caregivers) con particolare attenzione alle competenze necessarie per operare nella domiciliarità;
- Sviluppare gli strumenti del percorso (unità di valutazione, case managers, sistemi informativi integrati);
- Accrescere le conoscenze e le competenze dei pazienti (singoli o in gruppi o associazioni di malati);
- Migliorare la qualità di vita del paziente e del proprio nucleo familiare promuovendo lo sviluppo dei servizi a domicilio e di sollievo attraverso il riorientamento delle risorse del fondo della non autosufficienza.

**Popolazione target prioritaria** è la popolazione anziana in quanto polipatologica (è affetta da più di una delle patologie croniche ad alta prevalenza) e multiproblematica (affetta da più patologie, con problemi sociali e familiari, a rischio di isolamento e di non autosufficienza)

## \* Percorsi per il disagio mentale

Alla salute mentale nella sua accezione più ampia il Piano Sociale e sanitario regionale dedica uno specifico capitolo. Parole che ricorrono spesso nel documento sono "presa in carico" "integrazione" sia fra diversi servizi sanitari sia fra sanitario e sociale, si citano la multidisciplinarietà e la multiprofessionalità come garanzia di una efficace assistenza. Gli stessi concetti sono ripresi e rafforzati nell'allegato alle linee di indirizzo regionali per l'elaborazione della programmazione territoriale 2009 -2011; in questo documento inoltre sono delineati i luoghi, le strutture, in cui l'assistenza ed in particolare la lungo assistenza possono essere assicurati. Come si può ben vedere si tratta di principi, concetti, modalità di lavoro, strumenti, che spesso ricorrono e vengono utilizzati quando si definisce e si attua "l'assistenza per percorsi" (di salute e di cura), che questo territorio ha scelto di volere sviluppare. D'altra parte anche nell'ambito della salute mentale i pazienti possono avere un esordio acuto della malattia, a cui può seguire una fase postacuta e l'eventualità di una cronicizzazione della malattia stessa. Inoltre i servizi della psichiatria degli adulti, nel nostro territorio come in tutta la regione, governano o gestiscono direttamente i diversi "luoghi" in cui la presa in carico, la cura e la riabilitazione si concretizzano: la degenza per acuti, le strutture sanitarie per postacuti, i centri diurni, le residenze sociosanitarie e socioassistenziali, gli appartamenti protetti, la rete degli ambulatori sul territorio.

Questo significa che anche in quest'ambito, pure con le sue peculiarità, è possibile costruire percorsi di cura e porsi obiettivi strategici che vadano in questa direzione, nella quale peraltro i professionisti affermano di essersi da tempo indirizzati, a partire dalla fase di deistituzionalizzazione dei servizi di salute mentale che ha indotto i servizi a realizzare, all'interno dell'organizzazione, la compresenza e continuità della funzione preventiva, terapeutica, riabilitativa. In particolare in ambito psichiatrico il processo che ha fatto seguito alla deistituzionalizzazione, ha messo in evidenza una complessità peculiare di carattere gestionale, per il funzionamento d'insieme del sistema a ponte fra funzione territoriale e funzione ospedaliera che tuttora presenta criticità negli interventi in urgenza/emergenza.

Tali **obiettivi strategici** possono essere così sintetizzati:

- Assicurare un sistema di accesso e presa in carico in ambito territoriale condivisa fra servizi sociali e sanitari ed Enti locali;
- Assicurare prioritariamente la diagnosi precoce e il percorso riabilitativo dei disturbi neuropsicologici nella prima infanzia e nell'adolescenza;
- Attivare anche in ambito psichiatrico una Unità di Valutazione Multidimensionale per la valutazione del bisogno e la definizione del piano assistenziale individuale;
- Consolidare percorsi, che attraversano più servizi, rivolti a pazienti con bisogni associati ad altre problematiche di salute, non primariamente di salute mentale, (ad esempio nella popolazione geriatrica, nella persone con gravi malattie degenerative o con gravi disabilità congenite o acquisite, nei giovani affetti da infezione HIV, etc.);
- Assicurare l'integrazione multiprofessionale nell'ambito della salute mentale e rafforzare gli attori dell'integrazione: medici di medicina generale (il progetto Leggieri), psicologo, gli altri specialisti, l'infermiere, l'assistente sociale e l'educatore;
- Assicurare l'inserimento nei diversi percorsi di salute e di cura che si vogliono sviluppare l'apporto della psicologia clinica e di comunità,
- Completare l'individuazione, la strutturazione e l'attivazione dei luoghi di cura e di riabilitazione, sulla base dei bisogni espressi da questo territorio e dell'intensità di risposta (dal day hospital, agli ambulatori, alle residenze sanitarie e alle strutture sociosanitarie), garantendo l'applicazione delle regole e i livelli qualitativi di assistenza previsti dalla normativa dell'accreditamento;
- Garantire ai pazienti interventi sanitari intensivi, estensivi, socio riabilitativi che sfociano talvolta in una fase di lungo assistenza, nella quale i bisogni sono principalmente di natura sociosanitaria.

**Popolazioni target** prioritarie sono rappresentate da:

- adulti con disturbi mentali lievi (popolazione ad alta prevalenza, ai quali bisogna comunque assicurare una presa in carico (progetto Leggieri)
- adulti affetti da malattia psichiatrica cronica (popolazione a prevalenza non alta, che richiede un forte impegno assistenziale)

#### \* **Percorsi per dipendenze patologiche**

Il Piano sociale e sanitario regionale affronta il tema delle dipendenze patologiche nel capitolo dedicato alla salute mentale nel suo complesso, ed infatti molti degli elementi relativi ai percorsi per i cittadini con disagio mentale possono facilmente essere riproposti affrontando il tema del contrasto alle dipendenze patologiche: la presenza di interventi sanitari intensivi, estensivi, socio riabilitativi che possono sfociare in una fase di lungo assistenza, la necessità di avere un sistema di accesso e presa in carico in ambito territoriale condivisa fra servizi dell'Ausl e degli Enti locali, l'integrazione multiprofessionale etc..

L'attività di contrasto alle tossicodipendenze, e ciò può essere considerato un fattore distintivo, richiede inoltre un forte impegno del servizio aziendale nell'attività di prevenzione e di promozione della salute che si concretizzi nella partecipazione alla programmazione e attuazione dei "percorsi di salute", quali il percorso di promozione di sani stili di vita, soprattutto nelle giovani generazioni, e della promozione della responsabilità del singolo e della collettività sulla sicurezza.

#### **Obiettivi strategici:**

- affrontare le problematiche della salute dei giovani connesse all'uso di sostanze e disegnare risposte appropriate al territorio
- definire ed implementare le risposte integrate dei servizi per i pazienti con doppia diagnosi
- approfondire e differenziare le modalità di intervento per persone in condizioni di gravi marginalità sociale

### 3.2.3 Asse 3: Sviluppo dell'infrastruttura fra prossimità e poli di eccellenza



*Area Vasta Romagna*

*Autosufficienza Territoriale*

*Assistenza Ospedaliera*

*Assistenza Primaria*

*Sviluppo di "piattaforme logistiche"*

Per garantire la fattibilità della programmazione sopraindicata che fa dell'erogazione per percorso la propria modalità di dialogo fra cittadini e sistema di welfare locale, nell'ottica del sistema di cura come risorsa della comunità, occorre agire all'interno di una visione unitaria dell'offerta che valorizza il patrimonio complessivo dei servizi, siano essi pubblici o privati. Lo sguardo alla **rete** esistente intesa come necessità e capacità di mettere insieme strutture, competenze e saperi, è rassicurante sull'entità quali-quantitativa del patrimonio, ma impone una riflessione sulla modalità di creazione delle interconnessioni e sul loro supporto, ovvero due sono i temi principali per la costruzione di un sistema di offerta come precedentemente indicato:

- il **sistema delle alleanze** da condursi sulla base del principio della complementarità e della valorizzazione delle competenze distintive di ognuno ad ogni livello (tra sistema curante pubblico e privato tra sanitario e socio-assistenziale, tra servizi sanitari di assistenza primaria e servizi specialistici di ricovero e cura, rete di servizi di ricovero e specialistici intra e interaziendali);
- **l'infrastruttura logistica** in grado di razionalizzare i flussi e dare valore aggiunto ai segmenti e ai diversi attori presenti nei percorsi, incentrando soprattutto sulle tecnologie e sul cambiamento organizzativo le direttrici di sviluppo, sia all'interno dell'Azienda sia nei rapporti sovraziendali.

La finalità è quella di rinforzare il **clima di fiducia**, vero presupposto allo sviluppo, da un lato attraverso la costruzione di modalità concrete e trasparenti di alleanze strategiche fra le parti del sistema che evidenzino responsabilità ed impegni (esempio relazioni con le forme storiche del volontariato, associazioni di cittadini e tutte le forme di capitale sociale, ma anche relazioni interistituzionali) dall'altro attraverso la messa a disposizione dei presupposti che sostengano l'innovazione (esempio: risorse strutturali ed organizzative da assegnare ai nuclei di cure primarie..).

A tal fine sarà fondamentale dare **concretezza** ad ogni azione di pianificazione successiva garantendo:

- un'ampia e strutturata partecipazione ai processi decisionali percorrendo spazi reali di sussidiarietà e complementarità per rinforzare il forte "spirito di appartenza al sistema" che tuttora è presente nei cittadini e negli operatori sia pubblici che privati;
- un'attenta valutazione della coerenza fra obiettivi e risorse destinate, onde ridurre il gap fra atteso e realizzato e mantenere una dialettica virtuosa volta alla ricerca dell'efficienza ed efficacia ;
- una particolare attenzione alle ricadute sulle relazioni istituzionali e professionali, particolarmente fragili in un momento di forte cambiamento e di riorientamento dei servizi e dei modi dell'offerta, onde evitare processi di "de-responsabilizzazione".

Nella realtà già si è molto lavorato sulla ricerca di forme innovative di erogazione di servizi nell'ottica della ricerca di qualità dei servizi ed economicità, sia in ambito sovraziendale (area vasta) che in ambito aziendale.

Già nel **Piano provinciale** vengono promosse strategicamente le politiche di sviluppo all'interno delle dinamiche sovraprovinciali, dando indicazioni di integrarle e valorizzarle con i progetti che necessitano di una dimensione territoriale capace di garantire:

- economie di scala a livello di fabbisogno finanziario;
- ottimizzazione delle risorse fisiche ed infrastrutturali disponibili;
- masse critiche di soggetti e produzioni adeguate ad affrontare le sfide competitive in atto.

Il Piano provinciale quindi, pur essendo impostato localmente in modo da tentare di fornire alcune risposte a problemi ritenuti prioritari dal territorio, sostiene di essere aperto alle opportunità esterne e capace di integrarsi con le politiche di sviluppo economico che si creano a livello superiore ponendo particolare attenzione al tema delle competenze professionali e all'inserimento nel mondo del lavoro (*tema della mediazione università-impresa*).

Lo stesso **Piano territoriale** regionale rinforza questa linea di tendenza, andando oltre il policentrismo dei piani precedenti passando da un approccio di rete ad un approccio di sistema, sostenendo di voler compiere " quel salto di qualità che sappia mettere in valore le diverse eccellenze e talenti dei nostri territori, esaltando le vocazioni specifiche all'interno di una visione unitaria che possa essere percepita e proiettata nel nuovo scenario globale". In tale piano i riferimenti alle competenze distintive sono sempre inseriti in forme di aggregazione a geografia fissa o variabile ma a chiara finalità rafforzativa della spinta competitiva locale.

## **Area Vasta Romagna**

In **sanità** già da alcuni anni le aziende sanitarie della Romagna si sono poste il problema delle collaborazioni ed hanno intensificato e migliorato il sistema delle relazioni al fine di meglio perseguire l'obiettivo di sviluppare la qualità dei servizi e di assicurare la migliore sostenibilità economica. La rilevanza politico-programmatica di alcune scelte gestionali, , hanno portato le Conferenze Territoriali Sociali e Sanitarie e le Organizzazioni Sindacali Confederali a sottoscrivere un documento di intenti (del 24 luglio 2006) che definiva le caratteristiche della programmazione di Area vasta Romagna, indicava nell'integrazione il criterio a base dello sviluppo di progetti di eccellenza e ne declinava *i tre possibili livelli*:

- **Livello programmatico o di governo**, prevede l'individuazione di funzioni/servizi con bacino di utenza sovra aziendale, la loro distribuzione e il loro sistema di governo. Livello nel quale si devono definire in coerenza ai principi di organizzazione dei servizi contenuti negli atti della programmazione regionale: - le linee strategiche per lo sviluppo dei servizi sanitari; - il miglioramento delle condizioni di accessibilità ai servizi e alle tecnologie sanitarie, nel rispetto di esplicite garanzie di cura; - il tipo di governance di servizi Area Vasta Romagna; - le relazioni con la Facoltà di Medicina e Chirurgia ed i fornitori di servizi sanitari o assistenziali "accreditati"; - la valorizzazione delle risorse immobiliari, tecnologiche e finanziarie a disposizione delle Aziende Sanitarie. I progetti ritenuti congrui, prima della loro attuazione dovranno comunque ottenere l'approvazione definitiva delle singole Conferenze Sociali e Sanitarie territoriali., previa concertazione con le Confederazioni sindacali dei territori di riferimento. Inoltre i progetti dovranno contenere l'indicazione esplicita dell'AUSL che porterà le responsabilità gestionali e dei risultati. Il ruolo di governo è prerogativa del coordinamento dei Presidenti delle Conferenze Sociali Sanitarie Territoriali, supportato dalle Direzioni Generali delle AUSL ove si concretizza e trova definizione nelle relazioni sindacali con le Organizzazioni Sindacali Confederali, il processo per l'individuazione dei principi, delle priorità e delle modalità generali con cui selezionare e realizzare gli interventi nonché per valutarne i risultati. A tal fine, le Conferenze si impegnano ad organizzare per l'attività di Area Vasta, con le modalità più opportune, le funzioni ad esse assegnate dalla legislazione vigente, in ordine ai compiti di Programmazione e Controllo sui livelli delle prestazioni fornite dalle Aziende Sanitarie o dai soggetti eventualmente accreditati.

- **Livello organizzativo - gestionale**, per la definizione delle migliori modalità d'uso delle risorse disponibili. L'organizzazione e la gestione dei singoli progetti individuati nel rispetto delle modalità previste dal punto precedente sono assicurate dal coordinamento delle Direzioni Generali e avverranno secondo le modalità e gli accordi esistenti e quelli che verranno stabiliti in futuro fra le parti. A tale livello trovano realizzazione operativa le strategie d'integrazione da attuarsi nel rispetto dei principi e degli indirizzi generali forniti dal coordinamento delle Conferenze Sociali Sanitarie Territoriali previa concertazione con le Organizzazioni sindacali Confederali e le rispettive istanze categoriali, Il confronto sulle ricadute aziendali dei progetti di Area Vasta si realizza, nelle singole aziende, secondo quanto definito dal CCNL sanità in merito alle relazioni sindacali.
- **Livello professionale**, propedeutico alla promozione delle migliori pratiche assistenziali. Il livello professionale è realizzato nell'ambito dei servizi secondo il modello delle reti cliniche integrate e trova nelle direzioni sanitarie delle aziende di Area Vasta Romagna gli interlocutori privilegiati.

Al tempo stesso indicava i principi che dovevano guidare la "programmazione di Area Vasta Romagna":

- **non ridondanza**, attraverso la distribuzione di servizi a medio-alta complessità assistenziale e alta sofisticazione del sistema tecnico evitando una loro immotivata duplicazione;
- **la prossimità**, come modalità di organizzazione della produzione di prestazioni e servizi da privilegiare in tutti quei casi in cui siano rispettati i presupposti di qualità tecnica e di efficienza d'uso delle risorse;
- **la differenziazione nelle vocazioni distintive** o di funzioni sovra aziendali di Area Vasta dei servizi sanitari per guidare l'allocazione di risorse integrative, specifiche di terzo livello o sperimentali, per realizzare una rete integrata di servizi la più completa possibile;
- **la valorizzazione delle risorse professionali** per favorire processi di rideterminazione dei ruoli e delle competenze che, quando giuridicamente possibili e tecnicamente auspicabili, producano quella sostituzione professionale capace di assicurare un miglior rendimento delle risorse nella produzione di servizi a livello di efficacia e di qualità comparabile a quella assicurata con modalità tradizionale.

Da allora molti dei progetti condivisi (IRST, Centrale Operativa Romagna Soccorso, Laboratorio Analisi e Officina Trasfusionale di Area Vasta e coordinamenti professionali) hanno preso avvio e, per alcuni di essi si registra un avanzato stato di realizzazione. La realizzazione della **Centrale Operativa Romagna Soccorso** ha visto la fusione delle centrali operative di Ravenna, Forlì con l'obiettivo di perseguire la confluenza di Cesena e Rimini.

Il progetto di rete oncologica della Romagna ha visto l'attivazione del suo centro nevralgico e catalizzatore, **l'Istituto Scientifico Romagnolo per lo studio e la Cura dei Tumori**. L'Istituto, che ha avviato la sua attività nel presidio di Meldola dal settembre 2006, dal punto di vista strutturale sta completando la propria dotazione tecnico scientifica, dal punto di vista gestionale sta definendo la propria sostenibilità economico finanziaria e la collocazione all'interno della rete oncologica regionale, finalizzando la propria vocazione di istituto di ricerca. Difatti sono in via di completamento le procedure per richiesta di trasformazione in IRCCS. Nel frattempo si stanno consolidando le funzioni hub di area vasta quali: il governo della ricerca e della sperimentazione oncologica nell'ambito di tutti i servizi delle aziende sanitarie della Romagna, la programmazione e la realizzazione della formazione continua in campo oncologico, la somministrazione di trattamenti con tecnologie emergenti o innovative, le tecnologie di costo e di sofisticazione particolarmente elevate e destinate a rispondere a una domanda la cui dimensione non giustifica duplicazioni nella rete (terzo livello). Accanto alle funzioni Hub di area vasta l'IRST svolge come gli altri nodi provinciali della rete, attività oncologica di primo e secondo livello in nome e per conto delle aziende sanitarie di Forlì (sulla base di una formale cessione di ramo d'azienda), di Cesena, Ravenna, e Rimini (sulla base di contratti di fornitura).

### **Obiettivi strategici**

L'Azienda USL di Forlì riconosce il modello di Area Vasta come strumento per consolidare e sviluppare le prerogative di autonomia dei territori, nella programmazione e nella

organizzazione dei servizi e delle funzioni sanitarie rientranti nei confini della cosiddetta **autosufficienza territoriale**, in un quadro di coerenza sovra aziendale capace di assicurare la massima sostenibilità economica ad un sistema sanitario che persegue l'equità di accesso ad una gamma di servizi completa e di qualità adeguata allo stato delle conoscenze scientifiche e alle aspettative della popolazione. In tale quadro l'AUsI di Forlì contribuisce da un lato all'attuazione del percorso di integrazione professionale come metodo di lavoro, dall'altro al rinforzo dei progetti già avviati (Istituto Scientifico Romagnolo per lo studio e la Cura dei Tumori, Centrale Operativa Romagna Soccorso, Laboratorio Analisi e Officina Trasfusionale di Area Vasta) per concorrere alla complessiva sostenibilità del sistema nel rispetto degli obiettivi aziendali di valorizzazione professionale e organizzativa.

## **Autosufficienza Territoriale**

Il Piano per la Salute ed il benessere e il Piano Attuativo locale, dovranno tradurre operativamente in servizi le linee di indirizzo del presente piano, tenendo in considerazione **l'unicità di risposta del sistema ai bisogni** ed il forte orientamento ai cittadini, attraverso modalità di risposta organizzativa trasversale ai servizi armonicamente inserite nelle dimensioni sovraziendali.

Nel nostro territorio l'offerta per Livello essenziale di assistenza (LEA) mostra già un'offerta "trasversale" in un sistema misto ad alta sussidiarietà, che ha come finalità principale quella di portare le cure all'interno del contesto di vita del cittadino, operando in stretta integrazione con i servizi sociali e con i servizi sanitari specialistici di secondo e terzo livello nell'ambito di un processo assistenziale che non veda soluzioni di continuo fra i diversi momenti e luoghi di cura. Già l'attuale rete di offerta garantisce buoni livelli autosufficienza e di copertura della domanda di assistenza.

Si è operato finora alla **costruzione dei nodi della rete**, dando forte identità all'ospedale e creando nuova dignità alle sedi territoriali, guidati dai principi della **prossimità, dell'equità distributiva** finalizzati alla garanzia **di accessibilità** per tutti i cittadini.

I livelli di eccellenza dell'assistenza ospedaliera forlivese si inseriscono infatti su una copertura territoriale alta e capillare.

Le attività sono dimensionate su tre livelli territoriali (bacini di utenza), ognuno dei quali ha un'autosufficienza tarata sulla funzionalità dei servizi (efficacia/efficienza):

- il Comune (servizi domiciliari, sociali, ambulatoriali),
- l'area territoriale omogenea, che coincide con Forlì, città capoluogo e, in periferia, con il territorio di un Nucleo di Cure Primarie,
- il Distretto o l'Azienda USL, che per il nostro comprensorio coincidono.

## **Obiettivi strategici**

L'attuale disegno di offerta pare rispondere alle esigenze dei vari Comuni, per cui, compatibilmente con le risorse economico-finanziarie disponibili, si dovrà agire sugli assetti organizzativi migliorandone la qualità, favorendone l'efficacia e presidiandone l'appropriatezza. I piani triennali saranno dunque incentrati sulle dimensioni qualitative funzionali di un sistema strutturale già fortemente costruito, agendo principalmente sullo sviluppo delle competenze degli operatori, delle tecnologie di supporto, delle reti di comunicazione in un ambito di innovazione organizzativa.

La configurazione organizzativa e dotazionale dell'assistenza ospedaliera in particolare deve garantire il soddisfacimento della domanda attesa nella popolazione, garantendo equità d'accesso al sistema sia tramite il governo delle strutture esistenti sul proprio territorio sia attraverso il monitoraggio ed il rispetto delle regole di utilizzo della rete complessiva di offerta sovraziendale.

## **Assistenza Ospedaliera**

Per quanto riguarda l'**assistenza ospedaliera** del comprensorio forlivese occorre partire dal dato di fatto che si è già completato il percorso di profondo riordino che ha portato ad un sistema integrato pubblico-privato ad alta capacità di risposta, frutto di investimenti significativi in termini di tecnologia e di innovazioni organizzative e professionali. Testimonianza ne è l'alto grado di fidelizzazione dei nostri cittadini e il buon apprezzamento riscosso dal nostro modello a livello sovraziendale.

In questo contesto in particolare **l'ospedale di Forlì** è stato costruito come una struttura snella ad alta tecnologia, con forti legami con la formazione e la ricerca ed organizzativamente adeguato all'intensità di cura: ciascun paziente viene indirizzato verso un percorso unico con riferimenti sanitari certi, per favorire l'appropriatezza nell'uso delle strutture e un'assistenza continua e personalizzata. Questo modello organizzativo, che prevede la condivisione di risorse assistenziali e terapeutiche fra più centri di responsabilità, per la sicurezza e la garanzia del paziente, è stato supportato da consistenti investimenti, quali la somministrazione dei farmaci in dose unitaria, la cartella clinica informatizzata, il monitoraggio in sala operatoria, che creano la tracciabilità del percorso assistenziale. Cioè è possibile grazie ad un unico sistema

informativo aziendale che dialoga con tutte le tecnologie installate ed organizza in unico archivio tutta la documentazione clinica consultabile da tutti gli operatori autorizzati. La tracciabilità del paziente è completa, dall'accettazione alla dimissione e all'attività ambulatoriale. In questo modo professionisti ospedalieri e medici del territorio possono consultare ed utilizzare i dati di tutta la "storia" del paziente. Paziente a cui si è posta particolare attenzione oltre che in termini di sicurezza anche in termini di confort e, soprattutto di umanizzazione. Oltre a ciò il nostro ospedale è stato inserito nel contesto territoriale (vedi attività del **Centro Studi aziendale per la solidarietà**) ed internazionale (vedi in particolare la partecipazione al movimento degli **Ospedali per la promozione della salute**, avviato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per l'introduzione nell'area dell'assistenza ospedaliera i principi e i metodi della promozione della salute, intesa come "processo che mette in grado le persone e le comunità di avere un maggior controllo sulla propria salute e di migliorarla"). Un ospedale quindi sempre più tecnologico e complesso, sicuro ed efficiente, ma anche più umano, accogliente, aperto alle relazioni, attento ai nuovi bisogni ed alle mutate esigenze di coloro che lo utilizzano, siano pazienti, famigliari o operatori.

L'attenzione al paziente e ai suoi percorsi **come parola d'ordine dell'organizzazione** si sono tradotti in facilitazione dell'accesso ai servizi e dei percorsi, equità nella possibilità di fruizione delle prestazioni, umanizzazione e confort delle strutture e progressiva deburocratizzazione. In coerenza con l'orientamento condiviso nelle realtà più avanzate si è privilegiato un'organizzazione della degenza per livelli assistenziali, cioè per gradi di intensità assistenziale, superando i rigidi confini delle unità operative monospecialistiche e ciò ha facilitato da un lato l'applicazione del modello dipartimentale e dall'altro l'avvio dei Programmi come risposta trasversale ai bisogni di salute dei cittadini.

Questa offerta ospedaliera è completata dalla presenza di due **ospedali periferici (Forlimpopoli e S.Sofia)** ai quali la programmazione affida il compito di sviluppare attività di degenza e ambulatoriale in grado di dare risposta, anche a situazioni di acuzie, ai cittadini residenti (prossimità) e contestualmente di sviluppare competenze specifiche in risposta a bisogni dell'intera popolazione residente nel comprensorio.

Inoltre ad integrazione del sistema di offerta pubblico si inseriscono diverse **strutture private (accreditate e non)**, infatti nel forlivese esiste:

- una rete di strutture ambulatoriali e di degenza private in grado di dare risposte a bassa e media intensità assistenziale, sulle quali sono previsti programmi di sorveglianza soprattutto per le attività a maggior rischio (chirurgie..),
- un complesso ospedaliero privato accreditato (Villa Igea e Villa Serena) oggetto di recente riordino che costituisce storicamente un polo sanitario importante, che sta investendo fortemente in diagnostica.

Con le strutture private accreditate si è lavorato già da tempo in un modello organizzativo integrato, sulla base del principio di inclusività e di differenziazione dell'offerta, dando valore all'obiettivo congiunto di assicurare adeguate condizioni di autosufficienza ai cittadini forlivesi per le funzioni di base a larga diffusione (medicina generale, con invio anche dal Pronto Soccorso dell'Ausl, chirurgia generale, alcune chirurgie specialistiche quali ad esempio l'urologia, l'oculistica, post acuti e lungodegenza, riabilitazione estensiva).

In particolare, riconoscendo le vocazioni delle strutture forlivesi si è ritenuto opportuno incentrare gli accordi contrattuali su attività chirurgiche e di lungodegenza e prestazioni ambulatoriali volte a ridurre le liste d'attesa.

### **Obiettivi strategici**

In questo scenario per perseguire lo sviluppo del sistema (da esplicitarsi nel Piano Attuativo Locale) è necessario :

- proseguire nella costruzione **delle reti ospedaliere integrate** consolidando e sviluppando **il modello di ospedale per percorsi basati sull'intensità di cura** già sviluppato nella realtà forlivese,
- ripuntualizzare ed aggiornare **il ruolo dei produttori privati e pubblici** alla luce dei recenti mutamenti locali.

Per quanto riguarda le **reti ospedaliere integrate** si riconferma la prospettiva sovraziendale di bacino ottimale di area vasta per alcune attività, indirizzata all'individuazione delle eccellenze e alla ricerca della massima sostenibilità economica, nel rispetto dei principi guida di:

1. *non ridondanza* dei servizi a medio- alta complessità assistenziale e alta sofisticazione, evitando una loro immotivata duplicazione;
2. *diversificazione e differenziazione* delle linee di produzione come guida per l'allocazione delle risorse integrative;
3. *prossimità della produzione* di prestazioni e servizi ogni qual volta sia possibile erogare le prestazioni nel rispetto della qualità tecnica e dell'efficienza d'uso delle risorse evitando spostamento di popolazioni significative.

In coerenza con quanto enunciato e sulla base dei documenti già approvati in Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, sviluppo del piano programmatico 2005-2009, vengono di seguito ribadite le vocazioni e le risposte dell'Assistenza ospedaliera forlivese che dovranno essere articolate nel Piano attuativo locale.

Innanzitutto l'assistenza **oncologica**, da consolidare quali-quantitativamente in integrazione con l'IRST, per la ricerca e la sperimentazione terapeutica e per la presa in carico di pazienti oncologici complessi attraverso percorsi sia di ambito medico che chirurgico.

Poi proseguire nei progetti già avviati o in corso realizzazione nell'ambito dell'assistenza **chirurgica** da incrementare e qualificare, ottimizzando le risorse tecnologiche e professionali fortemente orientate alle attività e metodiche più innovative, attraverso:

- lo sviluppo dell'attività di **chirurgia toracica** e di **pneumologia interventistica** e il consolidamento del relativo coordinamento per l'area vasta;
- la crescita della **chirurgia vascolare interaziendale** a supporto delle singole vocazioni aziendali quali il settore cardiovascolare e delle funzioni specialistiche in emergenza del trauma center,
- la qualificazione della **chirurgia ginecologica** quale completamento di percorsi già avanzati in ambito oncologico e risposta di prossimità a bisogni della popolazione;
- l'estensione all'ambito locale della risposta alla **traumatologia** addominale all'interno della rete di area vasta che vede nel Trauma Center di Cesena l'Hub di settore,
- lo sviluppo della **chirurgia generale e specialistica** orientate alla presa in carico di pazienti oncologici complessi nel quadro di integrazione con IRST ed area vasta ;
- il potenziamento dell'attività chirurgica completamento di **percorsi integrati** ad esempio per il trattamento del melanoma (dermatologia-chirurgia terapie oncologiche avanzate- IRST) o per il trattamento del russamento (pneumologia-otorino);
- l'avvio della **chirurgia endocrinologica** e delle malattie metaboliche come qualificazione dello sviluppo del percorso specialistico endocrinologico.

Infine ma non da ultimo, consolidare **l'assistenza internistica**, che già nei percorsi ospedale e territorio ha trovato una forte qualificazione come rappresentato precedentemente, nei seguenti ambiti:

- in **gastroenterologia** rafforzando la funzione provinciale di endoscopia operativa complessa e sviluppando le tecniche innovative di diagnostica ed interventistica in integrazione con la chirurgia, orientate al coordinamento di Area vasta,
- in **cardiologia**, consolidando l'attività di emodinamica già punto di riferimento per l'intera provincia e sviluppando l'elettrofisiologia e la cardiologia invasiva per il medesimo ambito;
- in campo specialistico, sviluppando per il bacino sovraziendale le attività **endocrinologiche e reumatologiche**;

- nel settore dell'**emergenza** potenziamento dell'attività intensiva a supporto dell'area vasta nell'ambito traumatologico con integrazione con le altre aree intensive aziendali;
- in **ematologia**, attivando un day hospital ematologico orientato alla integrazione nella rete di area vasta e IRST a garanzia di una risposta di prossimità a pazienti già inseriti in percorsi specialistici;
- in **medicina prenatale** lo sviluppo della genetica medica quale risposta di continuità e prossimità all'interno del completamento del **percorso nascita** che, viste le esperienze sin qui maturate, può risultare come riferimento nell'ambito di area vasta;
- in **nefrologia** lo sviluppo del programma trapianti per l'autosufficienza territoriale;
- la **medicina nucleare** quale punto di riferimento sovra-aziendale per le prestazioni terapeutiche più avanzate.

A garanzia di tali sviluppi andranno consolidati i servizi (radiologia, laboratorio per risposta rapida, e anatomia patologica) in modo coerente con le scelte di area vasta.

L'ospedale di Forlì dunque deve continuare lo sviluppo su queste direttrici ovvero caratterizzarsi per un'anima tecnologica gestita ed utilizzata da professionisti dotati di eccellenti livelli di competenza e buone conoscenze gestionali, in grado di erogare, in sicurezza, prestazioni ad alto contenuto tecnico e scientifico in tempi adeguati in grado di dare risposte qualificate ai propri cittadini, attraverso:

- la migliore definizione dei percorsi in area vasta (vedi cardiocirurgia, neurochirurgia, ecc.),
- il miglioramento dell'integrazione nella filiera dei percorsi aziendali,
- la ridefinizione delle proprie differenziazioni all'interno del sistema forlivese pubblico-privato.

Nell'esplicitazione successiva delle azioni e degli interventi dovranno comunque essere ulteriormente aumentate le garanzie nei confronti dei cittadini in tema di:

- **Sicurezza**: gli investimenti strutturali sono stati diversi e qualificati, ora occorre investire di più in ambito gestionale per lo sviluppo della cultura e delle metodiche più avanzate di gestione del rischio, per creare un clima lavorativo più sicuro e per ridurre il pericolo dello sviluppo di una medicina difensiva ormai diffusa nel contesto sanitario;
- **Trasparenza**: informare costantemente su procedure ed esiti, aumentando la capacità di risposta ai bisogni individuali dei pazienti;
- **Umanizzazione**: il paziente non solo deve usufruire di confort e di procedure e percorsi adeguati alle linee di un ospedale senza dolore, ma non deve subire gli ostacoli della burocratizzazione, per cui oltre agli attuali standard occorre investire ulteriormente in semplificazione all'accesso e nei percorsi.

In particolare per completare il quadro e garantire il funzionamento armonico del sistema assistenziale forlivese occorre ridefinire il ruolo dei produttori pubblici e privati rinforzando la logica di **integrazione progressiva e di sussidiarietà** attraverso la stipula di accordi contrattuali utilizzati quale strumento efficace di gestione dei rapporti di partnership volto a favorire la relazione fra il cittadino e le strutture sanitarie forlivesi.

La valorizzazione della collaborazione tra i diversi soggetti produttori deve scaturire dalla condivisione ed applicazione dei seguenti principi (così come delineato dal sistema degli accordi regionali):

- la produzione è quantificata sulla base dell'analisi dei fabbisogni sanitari della popolazione residente pur nel riconoscimento delle vocazioni produttive prevalenti espresse da ciascun erogatore;
- la committenza pur non agendo in modo pervasivo deve essere garante dell'integrazione "quali-quantitativa" fra produzione propria dell'azienda ed erogatori privati accreditati, necessari al completamento dell'offerta assistenziale (sia ricoveri che specialistica ambulatoriale);
- la relazione contrattuale deve contenere oltre alla tipologia e quantità dei servizi anche degli aspetti relativi al servizio stesso (es. tempi di attesa, continuità delle cure, ecc..).

Partendo dall'esperienza positiva sin qui condotta negli ultimi anni si dovranno redigere contratti di fornitura volti a garantire in via prioritaria:

- l'attività chirurgica con l'obiettivo di ridurre i tempi di attesa dei cittadini forlivesi e la riduzione della mobilità passiva per casi di bassa media complessità;
- lo sviluppo e consolidamento di quelle forme assistenziali che garantiscano una stratificazione dell'offerta per un mix di patologie di area medica in analogia al modello assistenziale acuto e post acuto avviato all'interno dell'Azienda;
- la definizione di accordi di fornitura di attività specialistica che permetta la riduzione dei tempi di attesa per le discipline critiche perseguendo l'attuazione anche nelle strutture private di percorsi per patologia basati sull'applicazione delle linee guida regionali e/o aziendali.

## **Assistenza Primaria**

A garanzia dell'appropriatezza di utilizzo dell'offerta di servizi locali occorre sviluppare l'assistenza primaria per definire l'identità territoriale sempre più protagonista e determinante degli esiti di salute.

La situazione che si presenta all'inizio del triennio 2008-2010 registra già un grado di implementazione avanzato nell'offerta attraverso l'avvenuta apertura sul territorio del comprensorio aziendale della quasi totalità dei **Nuclei di Cure Primarie strutturali**, dotati pertanto di una o due sedi entro le quali si svilupperà progressivamente l'attività assistenziale. Dovunque le condizioni lo hanno consentito, la sede del nucleo corrisponde alla sede territoriale dell'Ausl, nella quale si svolgono le normali attività distrettuali (Consultorio. Pediatria di comunità etc..), concretizzando il modello "casa della salute" (Modigliana per la valle del Tramazzo e Predappio per la valle del Rabbi). In altre aree i nuclei hanno sedi proprie, che non coincidono con i quelle dei servizi distrettuali. Ciò avviene principalmente a Forlì, dove le sedi (7 complessivamente) dei 5 nuclei ospitano unicamente le attività dei medici di famiglia, a Forlimpopoli (una sede è presso l'ospedale) e Bertinoro e a Meldola. Completano il quadro complessivo i Nuclei dell'Alto Bidente e del Montone, per i quali non è prevista un'unica sede di vallata, tenuto conto della distribuzione della popolazione nei vari comuni. Oltre alle sedi di nucleo il triennio 2006-2008 ha visto l'apertura di sedi territoriali nuove o ristrutturare in gran parte del territorio aziendale; ci si riferisce alle sedi di Civitella e Cusercoli, di Bertinoro, di Tredozio, Rocca S.Casciano, che ospitano peraltro gli ambulatori dei Medici di medicina generale e dei Pediatri di libera scelta, e di S.Sofia (presso il locale ospedale).

Anche per quanto riguarda i Nuclei di cure primarie e, più in generale, le sedi territoriali, la programmazione strategica del triennio 2009-2011 non si concentrerà pertanto sulle "strutture", quanto sull'organizzazione delle attività, avendo come finalità perseguendo il principio di **prossimità** delle cure, in particolare modo dell'assistenza primaria, e il miglioramento dell'**accessibilità** ai servizi

L'inserimento degli infermieri nei Nuclei di Cure Primarie, integrati con gli infermieri dell'assistenza domiciliare, sarà fondamentale per l'implementazione dei percorsi rivolti ai pazienti con patologia cronica o in fase di postacuzie, che si avvarranno peraltro della presenza di alcuni specialisti nelle sedi di nucleo e territoriali. L'inserimento di assistenti sociali permetterà inoltre di integrare i percorsi di presa in carico sanitario e sociale. Gli utenti avranno pertanto a disposizione una sede di riferimento, visibile, accessibile fino a 12 ore al giorno nella quale troveranno risposta ai loro bisogni di assistenza primaria e avranno la possibilità di essere inseriti in percorsi di cura e assistenza. L'apertura delle sedi di nucleo (per Forlì di un'unica sede per i 5 nuclei) è assicurata anche nei giorni prefestivi e festivi dai medici di continuità assistenziale (guardia medica).

Altra componente del sistema molto determinante è l'assetto e il funzionamento delle **strutture socio-sanitarie**. Il territorio forlivese ha storicamente una ricca offerta di strutture sociosanitarie, residenziali e semiresidenziali, rivolte sia alla popolazione anziana, sia ai disabili, sia alle persone con una storia di malattia mentale. Ciò significa che i cittadini che vivono nel comprensorio trovano solitamente risposta ai loro bisogni senza doversi allontanare troppo dai luoghi di residenza e dai loro familiari. Inoltre la ricchezza dell'offerta in molti casi

(le strutture psichiatriche e per la disabilità degli adulti) costituisce un fattore di attrazione nei confronti di cittadini e di famiglie che si stabiliscono nel nostro territorio per fruire dei servizi e delle strutture presenti.

Inoltre, anche per quanto riguarda le strutture sociosanitarie, esiste nel nostro territorio una forte sussidiarietà pubblico privato sia nella gestione sia nell'erogazione dei servizi.

La programmazione del prossimo triennio non dovrà essere incentrata pertanto nell'incremento dell'offerta, quanto nel miglioramento della qualità complessiva che la rete delle strutture è già ora in grado di offrire. Opportunità in questa direzione sono costituite da alcuni processi riorganizzativi già avviati e che nei prossimi anni saranno sviluppati e portati a compimento. Ci si riferisce in particolare:

- alla trasformazione delle IPAB in **Aziende pubbliche di servizi alla persona** (Asp): nuovi soggetti pubblici, costituiti dai Comuni associati in ambito distrettuale o sub-distrettuale, produttori ed erogatori di servizi socio-sanitari e sociali per le persone in ogni fascia di età, in particolare nel nostro territorio, per gli anziani. L'Asp permette una gestione unitaria e può portare ad una qualificazione dei servizi, grazie al superamento della frammentarietà degli interventi, contemperando l'esigenza di dare risposte di prossimità e le opportunità di specializzazione dei servizi;
- al percorso di **accreditamento** delle strutture sociosanitarie, che porterà ad un progressivo e uniforme miglioramento della qualità assistenziale;
- all'implementazione del **fondo regionale per la non autosufficienza**, che finanzia progressivamente non solo i servizi per la popolazione anziana, ma anche i servizi per la disabilità e per i cittadini con una storia di malattia mentale. Il corretto utilizzo del fondo può garantire una maggiore equità nello sviluppo della rete dei servizi e migliori condizioni di eguaglianza assistenziale con omogenee opportunità di accesso, qualità nei trattamenti, equa contribuzione a carico dei cittadini.

**Obiettivo strategico** è quello di accompagnare e supportare i processi di cambiamento sopra riportati, attraverso l'attività di programmazione, esercitata dal Comitato di Distretto e dal Direttore di Distretto, con il supporto dell'Ufficio di Piano, e di committenza nei confronti dei soggetti gestori ed erogatori dei servizi, affinché possano cogliere e concretizzare le opportunità di miglioramento dell'efficienza e della qualità della loro attività.

### **Sviluppo di "piattaforme logistiche"**

Per supportare un modello organizzativo fortemente trasversale, che destruttura i servizi pur mantenendone le funzioni e gli ambiti di responsabilità, occorre che le organizzazioni si dotino a garanzia della riuscita del percorso, di piattaforme logistiche chiare e solide in grado di organizzare, razionalizzare e distribuire le risorse lungo la catena dei percorsi, sia all'interno del nostro territorio che in Area Vasta.

Si tratta di lavorare su due versanti:

- l'organizzazione e le competenze professionali,
- la tecnologia di supporto e la comunicazione.

Ci si deve dotare di un forte tessuto connettivo, a supporto dei nodi strutturali ospedalieri e territoriali affinché "giri l'informazione e non il cittadino".

In questa prospettiva, deve essere garantita da un lato l'accessibilità e la continuità dei servizi ad alta diffusione, attraverso adeguate *coperture temporali e dotazioni professionali*, dall'altro lo sviluppo delle connessioni logistiche e tecnologiche.

Diventa importante perciò l'organizzazione della continuità assistenziale nel territorio con il lavoro di gruppo dei medici a cui vanno assegnate adeguate attrezzature logistiche e diagnostiche, associate ad una rete di sportelli che renda possibile la presa in carico dell'utente-paziente nell'assistenza ordinaria e nell'eventuale percorso in altre strutture o servizi.

Questi nodi territoriali diventeranno reali fulcri nella gestione dei percorsi dei cittadini avendo a disposizione:

- sistemi di trasporto capillare e fortemente integrato fra enti e fra funzioni (trasporto pazienti, utenti, operatori, cose...), coordinato a livello territoriale, onde ovviare all'

utilizzo inappropriato e garantire la fruizione dei servizi (vedi centri diurni, scuole superiori per studenti disabili..);

- reti informative /informatiche affidabili e tempestive, in grado di mettere a disposizione degli operatori dati e informazioni sul cittadino/paziente per la condivisione e la sincronizzazione dei processi clinici e di quelli amministrativi.

Operativamente per un'efficace sviluppo della piattaforma logistica e delle interconnessioni occorrerà comunque approfondire i flussi e gli scambi di persone e cose alla luce dei nuovi assetti dei servizi che scaturiranno dalla programmazione dei prossimi mesi.

Dal punto di vista delle reti informative/ informatiche al servizio dell'organizzazione per percorsi, nella realtà forlivese la situazione è già piuttosto evoluta e occorre utilizzare pienamente la dotazione infrastrutturale già presente (rete aziendale e Lepida) e sviluppare la **Rete integrata ospedale-territorio e sociale e sanitario**, che permetta la tracciabilità degli utenti e dei pazienti. È necessario il completamento delle seguenti azioni:

- il consolidamento della "rete orizzontale" dei medici di famiglia all'interno di ogni nucleo di cure primaria, che renda possibile per ogni medico del nucleo accedere alla cartella sanitaria di tutti i pazienti assistiti nell'ambito del nucleo stesso;
- il completamento del progetto "Sole", cioè della rete verticale che collega tutti i Medici di medicina generale all'Ausl, permettendo lo scambio di informazioni (referti, richieste etc.) e contribuendo alla concretizzazione dell'obiettivo di "fare girare la carta invece dei cittadini";
- il completamento del "progetto ICARO" inteso come strumento di integrazione delle dimensioni sanitaria e sociale e di quella clinica con quella assistenziale permette la conoscenza dell'utilizzo delle risorse rese disponibili e assegnate al singolo e al relativo nucleo familiare garantendo la concreta possibilità di seguire il percorso assistenziale.

Pur portando a regime i sistemi di supporto sarà necessario lavorare con gli operatori per la definizione delle regole gestionali e clinico-assistenziali, onde creare **piattaforme di conoscenza** comuni di largo utilizzo.

Questa progettazione fortemente incentrata sullo sviluppo dell'organizzazione per percorsi, richiede un forte investimento anche in **competenze professionali di tipo clinico ed organizzativo a valenza trasversale ed integrata**.

I **programmi formativi** degli operatori devono pertanto prevedere:

- il consolidamento non solo delle specifiche competenze professionali ma soprattutto lo sviluppo delle reti professionali in funzione del miglioramento della qualità dell'assistenza al cittadino,
- lo sviluppo di nuove professionalità e l'inserimento di nuovi profili (dal tecnologo alimentare al gestore di flussi..)

In questo ambito viene ribadito il ruolo fondamentale dell'**Università** con cui va consolidata un' alleanza strategica per:

- a) la formazione di base su cui sono già attivi rapporti per i corsi di laurea in infermieristica ed ostetricia,
- b) lo sviluppo della formazione post – laurea (master ed alta formazione);
- c) il consolidamento rapporti con le scuole di specialità per la formazione di medici specialisti;
- d) lo sviluppo di studi, ricerche, pubblicazioni e collaborazioni con diversi Atenei in campo sanitario, economico e sociologico.

A ciò si associa la volontà di sostenere le esperienze di confronto e scambio dei modelli organizzativi e gestionali con le diverse realtà regionali italiane e con le realtà internazionali per favorire una più ampia prospettiva di sviluppo sui temi della prevenzione e sugli stili di vita (OMS e comunità europea).

### **L'individuazione delle priorità degli investimenti da finanziare ai sensi dell'art. 48 della L.R. 2/2003**

Le spese di investimento, così come enunciato dall'art. 48 della L.R. n. 2/03<sup>5</sup>, devono essere finalizzate al concorso alle spese di costruzione, ristrutturazione ed acquisto di immobili destinati o da destinarsi a strutture socio assistenziali e socio sanitarie mediante la concessione di contributi in conto capitale, sono collocate a livello territoriale attraverso l'individuazione di priorità individuate dalla CTSS e dal Comitato di Distretto.

Sono state approvate le seguenti priorità di intervento:

- favorire la permanenza al domicilio delle persone e delle famiglie, con variegata tipologie di bisogno, in contesti urbani che favoriscano lo sviluppo di reti di solidarietà e le relazioni umane;
- adeguare le strutture socio-assistenziali residenziali e semiresidenziali alle norme vigenti (autorizzazione al funzionamento, sperimentazione requisiti bioclimatici ecologici, edilizia eco-sostenibile)
- favorire una distribuzione degli interventi in modo omogeneo e coerente con gli obiettivi della pianificazione sociale e socio-sanitaria in tutto il territorio comprensoriale,
- favorire una distribuzione delle risorse fra soggetti pubblici e privati che tenga conto dell'organizzazione della gestione della rete dei servizi nel territorio comprensoriale (area minori e disabili prevalenza di soggetti gestori del privato sociale, area anziani prevalenza di soggetti gestori pubblici).

---

<sup>5</sup> "NORME PER LA PROMOZIONE DELLA CITTADINANZA SOCIALE E PER LA REALIZZAZIONE DEL SISTEMA INTEGRATO DI INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI"

## 4. Indirizzi per il coordinamento, la partecipazione, il monitoraggio e la valutazione



### ***4.1 Strumenti di coordinamento interistituzionale ed operativo***

### ***4.2 Indirizzi per la partecipazione e la concertazione***

### ***4.3 Indirizzi per il monitoraggio e la valutazione dell'Atto***

#### ***4.1. Strumenti di coordinamento interistituzionale ed operativo***

Per perseguire gli obiettivi individuati nei paragrafi precedenti in modo efficiente ed efficace occorre focalizzare l'attenzione sul fulcro dell'intero impianto: **il nuovo ruolo della Conferenza Sociale e Sanitaria Territoriale** e gli **strumenti di coordinamento** istituzionale ed operativo, considerando nel caso del comprensorio forlivese l'ulteriore passaggio a livello provinciale.

La normativa vigente attribuisce alla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria un ruolo centrale per le funzioni di coordinamento, promozione, controllo delle politiche sociali, sanitarie e socio sanitarie nell'ambito territoriale di riferimento, che andranno esplicitati nel regolamento di funzionamento della conferenza stessa valorizzando la partecipazione dell'Amministrazione provinciale e l'Ufficio di supporto da poco istituito secondo le linee di indirizzo regionale. Come già esplicitato nel primo capitolo il Distretto è il luogo appropriato per l'integrazione tra soggetti e servizi sanitari, socio-sanitari e sociali, gestiti dal pubblico (Aziende Usl, ASP, Comuni) o dal privato sociale profit e no profit. In tale assetto il Comitato di distretto, coincidendo a Forlì con il medesimo ambito di responsabilità della Conferenza territoriale ed il Direttore assumono una particolare importanza per le funzioni di programmazione (comprensiva dell'area della non autosufficienza), di definizione delle regole per l'accreditamento in ambito socio sanitario e di quelle per l'accesso al sistema e per la compartecipazione alla spesa. Nel regolamento del Comitato di distretto e dell'Ufficio di piano, andranno inoltre indicate anche le funzioni di verifica dei risultati di salute e di benessere raggiunti che, nel modello preposto per percorsi richiederà modalità specifiche ed innovative.

A **livello organizzativo** va riconfermata la relazione fra Enti oramai consolidata con **l'Accordo di programma Comuni-Ausl e relativa convenzione attuativa**, in cui vanno approfonditi e ridefiniti contenuti e modalità della partecipazione dei rappresentanti del terzo settore e della Provincia. Sono altresì da rivedere gli ambiti omogenei di intervento per la gestione associata di interventi e servizi sociali e socio-sanitari, oggetto della convenzione a quindici tra i comuni del comprensorio forlivese con il Comune di Forlì come capofila, alla luce della riorganizzazione dei percorsi che scaturirà dalla programmazione dei prossimi mesi e della risistemazione delle forme associative tra comuni infradistrettuali conseguente all'applicazione della LR 10/2008.

Esistono poi protocolli fra AUSL e Comune di Forlì, in qualità di comune capofila, per gestire alcuni percorsi integrati (minori, dipendenze patologiche ecc) che occorre ridelineare ed ampliare sulla base delle piattaforme organizzative implementate per i percorsi di cura e di salute descritti in questa nuova programmazione.

Altri **Accordi** da mettere in campo o rivedere alla luce delle normative in essere e degli indirizzi che scaturiscono dal presente atto sono ad esempio l'intesa con il polo locale **Universitario** per sviluppare la comune conoscenza della comunità e promuovere

progettualità condivise, ovvero l'accordo interistituzionale Comuni, AUSL, Provincia, Prefettura, Ufficio provinciale del lavoro e INAIL per l'inserimento lavorativo. Attenzione andrà posta anche agli strumenti di coordinamento con **l'Istituto penitenziario forlivese**, per la garanzia di continuità dell'assistenza e della prevenzione in tale contesto.

**A livello professionale** vanno invece rivisti i **protocolli** esistenti che prevedono il coinvolgimento di altri Enti e Istituzioni: ad esempio quelli per il contrasto del disagio giovanile (Prefettura), contro la violenza sulle donne, per l'inserimento lavorativo dei disabili soprattutto psichiatrici (Provincia, Ufficio scolastico provinciale, Inail...), per l'inserimento scolastico dei minori disabili (di carattere provinciale con le istituzioni scolastiche), di sostegno alle assistenti familiari-badanti ecc. Tali protocolli hanno la necessità di essere maggiormente presidiati dal punto di vista dei contenuti e di essere monitorati e aggiornati con maggiore sistematicità. Si dovrà dunque individuare un percorso decisionale unico che coinvolga le professionalità nei percorsi di progettazione degli interventi, definendo responsabilità di governo clinico-assistenziale trasversali e di percorso.

#### ***4.2. Indirizzi per la partecipazione e la concertazione***

Negli ultimi anni diverse politiche pubbliche di settore hanno introdotto vari strumenti normativi e tecnici che auspicano e prevedono processi deliberativi partecipati nel raggiungimento di obiettivi di sviluppo qualitativo e sostenibile dal punto di vista sociale, ambientale ed economico. A ciò sono stati affiancati altri, più recenti, strumenti di partecipazione inclusiva, promossi sia da Amministrazioni locali che da parte di altri attori sociali ed economici, di tipo volontario, ossia senza particolari procedure amministrative o tempi stabiliti da legge o normative (ad esempio Agende 21 Locali, Bilanci Partecipativi o più ampie rendicontazioni sociali, ecc.). Ogni Amministrazione pubblica locale e la relativa comunità di riferimento, ha attualmente e potenzialmente a disposizione un'articolata gamma di strumenti di supporto alla promozione della partecipazione e di nuovi modelli decisionali (di governance) o di tipo informativo e consultivo, rivolti principalmente ai singoli cittadini quali le attività delle circoscrizioni, di quartiere, le Consulte tematiche, ecc..

Al fine di assicurare scelte di indirizzo e programmatorie sociali e sanitarie attente ai reali bisogni dei cittadini, sia per la redazione degli atti programmatici che per la valutazione dell'andamento, occorre fare riferimento costante alla rete di strumenti e luoghi già esistenti sopra esemplificati e proseguire nell'esperienza dei tavoli e dei gruppi di lavoro dei Piani sociali di zona e dei Piani per la salute, per individuare un percorso strutturato che permetta di utilizzare l'ascolto in modo approfondito ed appropriato, mantenendo un rapporto costante nella relazione con i soggetti individuati, rappresentativi della comunità, lungo tutto il percorso di pianificazione, implementazione e valutazione dei risultati.

In realtà i momenti di confronto sono già tanti, infatti esiste una consolidata consuetudine di concertazione che ha posto in continua relazione, e su differenti temi, le maggiori organizzazioni del mondo imprenditoriale, del lavoro e gli enti di governo locale. Tuttavia, se da un lato sono aumentati in questi anni gli spazi e gli strumenti di partecipazione, di supporto alle decisioni, sia normativi che volontari, dall'altro, sono aumentate le difficoltà ad intercettare le rappresentanze sempre più differenziate e parcellizzate.

Andrebbero resi più efficaci gli strumenti già in uso attraverso regolamentazioni che meglio chiariscano ruoli e tempi ai tre livelli:

- **politico/istituzionale:** già la Conferenza Territoriale e il Comitato di distretto assicurano percorsi ampiamente partecipati, ma vanno consolidate e meglio regolate le relazioni sia con le Organizzazioni Sindacali (sviluppando i protocolli già in essere) che con il terzo settore (Cooperazione sociale; Associazioni di Volontariato; Associazioni di Promozione Sociale);
- **comunitario:** potenziare la rappresentatività delle forze sociali che raccolgono le istanze di lavoratori, pensionati, artigiani, commercianti, imprenditori e altre categorie, di quelle rappresentative degli interessi dei cittadini e di singole categorie di utenti dei servizi, fino a quelle dei soggetti non profit (cooperative, associazioni, fondazioni...) e profit molto numerose sul nostro comprensorio;

- **professionale:** all'interno delle organizzazioni (EELL, AUSL..) va promosso lo sviluppo di tutti gli strumenti della partecipazione organizzativa degli operatori della salute in grado di far emergere in modo strutturato e qualificato le migliori pratiche.

Le modalità potranno essere differenziate a seconda delle fasi: dai tavoli di concertazione ai forum, ai seminari, ecc., ma sempre andrà data evidenza al percorso e ai contenuti delle decisioni.

### **4.3. Indirizzi per il monitoraggio e la valutazione dell'Atto**

La valutazione di una programmazione a lungo termine come quella delineata da questo Atto deve necessariamente essere condotta sia in termini di risultati attesi che di esiti di salute e benessere (reali e percepiti).

Per quanto riguarda i **risultati attesi** si deve lavorare rispetto:

- le variabili strategiche che si intende presidiare, ovvero l'impiego delle risorse umane nei vari livelli di assistenza (presidio del riorientamento degli interventi alla salute e benessere) e nei servizi erogati per popolazioni target, la partecipazione dei cittadini alla progettazione e alla gestione dei progetti, l'intersettorialità ovvero i tavoli/ gruppi/ lavori fra istituzioni, in parte già indicati precedentemente, e fra professionisti,
- lo stato di coerenza con le pianificazioni esecutive, ovvero pianori zona distrettuale per la salute ed il benessere e Piano Attuativo locale o Piano annuale in cui ogni obiettivo deve essere misurato in termini di risultati e di risorse impiegate.

Per condurre le valutazioni sugli **esiti della programmazione** approvata sia in corso d'anno (al fine di apportarvi eventuali correttivi), sia a fine mandato di piano, partendo dalle esperienze dei Comuni con le verifiche sui Piani strategici e con i Bilanci sociali e da quella dell'Azienda USL con le verifiche di budget e con il Bilancio di Missione, la prospettiva è quella di avviare un monitoraggio costante sull'andamento delle attività e dei servizi programmati sulla base di un quadro di indicatori, attraverso la produzione di report semestrali predisposti dall'Ufficio di supporto, i quali saranno anche oggetto dell'analisi e del confronto nei tavoli concertativi e tecnico progettuali.

A questi andranno associati i monitoraggi predisposti dall'Ufficio di Piano sul raggiungimento degli obiettivi indicati nel Piano di zona distrettuale per il benessere e la salute nonché dell'andamento delle attività e dei servizi programmati nel Piano attuativo annuale.

Per quanto invece riguarda gli **esiti di salute e benessere**, nella dimensione qualitativa e quantitativa, esiste la necessità di strumenti che permettano l'utilizzo dei dati di **sorveglianza** per la programmazione per cui occorre sviluppare, in logica dinamica e di approfondimenti tematici, lo stato di salute della popolazione o di alcune sue popolazioni target (vedi donne, bambini, sicurezza alimentare, sicurezza sul lavoro, ecc.). Consapevoli che la sorveglianza è il primo gradino della conoscenza dello stato di salute dei propri cittadini, oltre all'implementazione dei monitoraggi della pianificazione occorre sviluppare con gli Enti che hanno già le competenze, AUSL (epidemiologia), Provincia (Osservatorio, ecc.), un coordinamento permanente sullo stato di salute e di benessere della popolazione. A questo livello si deve approfondire inoltre le modalità di **comunicazione**, sviluppando la facilità dell'uso dei dati a vari livelli nel rispetto della specificità di ogni destinatario.