



CONFERENZA  
TERRITORIALE  
SOCIALE E  
SANITARIA

*della provincia di Modena*

# **ATTO DI INDIRIZZO E COORDINAMENTO TRIENNALE 2009 - 2011**

Assemblea del 12 dicembre 2008

## INDICE

### **1 – AGIRE SUI DETERMINANTI DEL BENESSERE COLLETTIVO**

#### **1 – L'integrazione delle politiche**

- 1.1 - Scuola e Formazione pag. 1
- 1.2 - Occupazione e lavoro pag. 2
- 1.3 - La casa pag. 3
- 1.4 - Cultura, Associazionismo e capitale sociale pag. 4

#### **2- Il valore della prevenzione collettiva**

- 2.1 - L'ambiente pag. 4
- 2.2 - La sicurezza pag. 5

### **2 – LE POLITICHE SOCIALI E SOCIO-SANITARIE**

#### **1 – innovare l'approccio e la progettazione**

- 1.1 - La famiglia come risorsa globale e trasversale pag. 7
- 1.2 - Una particolare attenzione alla condizione femminile pag. 8
- 1.3 - Preservare e valorizzare il terzo settore, specialmente  
volontariato assistenziale e di promozione sociale pag. 8
- 1.4 - Sviluppare un sempre più qualificato sistema di conoscenza  
e di informazione su ricchezze e potenzialità del territorio pag. 8
- 1.5 - Rivisitare le priorità e valutare l'efficacia dei servizi pag. 9
- 1.6 - Separare il governo dalla gestione pag. 9

#### **2 – indirizzi specifici per le principali aree di bisogno**

- 2.1 - Famiglia e responsabilità genitoriali pag. 10
- 2.2 - Infanzia, adolescenza e giovani pag. 11
- 2.3 - Anziani e disabili pag. 11
- 2.4 - Accoglienza, integrazione, contrasto alla povertà  
ed esclusione sociale pag. 13

### **3 – LE POLITICHE SANITARIE INTEGRATE**

#### **1 – Le linee dello sviluppo**

- 1.1 - Centralità del territorio pag. 14
- 1.2 - Qualificazione della rete ospedaliera pag. 15
- 1.3 - Investimenti pag. 17

#### **2 – Alcune specificità**

- 2.1 - Salute, sicurezza e stili di vita pag. 17
- 2.2 - Salute Mentale e dipendenze patologiche pag. 18
- 2.3 - Maternità e infanzia pag. 19
- 2.4 - Lungoassistenza, hospice e cure palliative pag. 20

### **4 – FACILITARE E SOSTENERE IL CAMBIAMENTO**

#### **1 – Completare e rafforzare gli strumenti della nuova governance**

- 1.1 - Comitati di Distretto pag. 21
- 1.2 - Nuovi Uffici di Piano Distrettuali pag. 22
- 1.3 - Ufficio di Presidenza della CTSS pag. 22
- 1.4 - Ufficio di Supporto alla CTSS pag. 22
- 1.5 - Il sistema delle relazioni pag. 23
- 1.6 - La partecipazione ed il confronto pag. 23
- 1.7 - Le Aziende di Servizio alla Persona pag. 23
- 1.8 - L'accreditamento pag. 24

#### **2 – L'importanza e il ruolo di alcuni momenti - strumenti operativi**

- 2.1 - Il FRNA: un prototipo della integrazione gestionale pag. 24
- 2.2 - Due imprescindibili modalità per fare integrazione pag. 24
- 2.3 - Dotarsi di adeguati sistemi di conoscenza e valutazione pag. 25
- 2.4 - Il ruolo strategico della formazione pag. 26
- 2.5 - Verso un unico Bilancio di Missione pag. 26

*Sia il nuovo Piano Sociale e Sanitario Regionale che il nostro Atto di Indirizzo e Coordinamento triennale sono stati materialmente redatti "prima" del tracollo dei sistemi finanziari e delle relative drammatiche conseguenze in cui ci troviamo oggi immersi.*

*E' perciò inevitabile chiedersi se e quanto sia realistico, concretamente possibile e quindi utile impegnarsi per la loro pratica attivazione dal momento che, almeno fino ad oggi, la maggior parte degli strumenti programmatori di lungo periodo hanno quasi sempre avuta una significativa connotazione incrementale, specie dei costi.*

*La domanda è più che legittima e richiede una risposta possibilmente chiara e convincente poiché nulla potrebbe essere più negativo di un approccio a questi due documenti aprioristicamente sfiduciato, sufficiente, o anche soltanto formale e distaccato.*

*Il Presidente della Repubblica Napolitano ha recentemente affermato "... da questa crisi si uscirà ma con un mondo molto diverso dall'attuale ...; affermazione ove l'espressione "molto diverso" significa previsione/necessità di un profondo cambiamento che investe trasversalmente l'economia, la politica, le istituzioni ed anche in particolare l'attuale sistema di welfare.*

*Affermazione o meglio constatazione che per quanto concerne le aree della tutela sociale e del benessere individuale e collettivo, già contiene significativi elementi di traiettoria per il cambiamento.*

*Se il Welfare è infatti parte costitutiva della trasformazione globale in atto, ciò significa che non c'è più spazio per le vecchie distinzioni tra economia e società o per visioni meramente settoriali, sia tra le molteplici componenti interne del welfare che nei confronti degli altri grandi ambiti della vita sociale.*

*Ne conseguono importanti vincoli, come il dovere di rimodulare le scelte e le priorità di intervento in ragione delle oggettive condizioni della economia (sostenibilità), ma non meno importanti potenzialità poiché, in tale contesto, il Welfare non è soltanto l'espressione della civiltà e della solidarietà di un popolo, ma è anche un potente, imprescindibile fattore di sviluppo economico.*

*Da ciò, almeno due considerazioni operative.*

*La necessità di dilatare l'ambito programmatico e di governo dalla sola Sanità a tutta l'area del Sociale e da questi ad ogni altra area che in qualche modo agisce sulle condizioni di salute e benessere della popolazione.*

*L'ulteriore necessità di adottare atteggiamenti culturali, metodi di lavoro, sistemi organizzativi e relazionali, costantemente ancorati a logiche di trasversalità e di rete. In altre parole la "integrazione" come vero e proprio valore strategico.*

*Ma vi è un'altra riflessione che è necessario fare, intimizzandone profondamente sia il significato che le doverose conseguenze pratiche.*

*E questa riguarda l'etica della "responsabilità". Il passaggio da una visione parziale ad una visione globale, chiede anche il passaggio da una logica assistenzialistica, di welfare paternalistico, che presuppone bisogni e risorse infinite, ad un'etica appunto della responsabilità diffusa; del singolo, dei gruppi, degli operatori istituzionali, della comunità.*

*Il che comporta un'idea di partecipazione tutt'altro che rituale o anche soltanto dialettica.*

*La partecipazione che serve è quella in cui tutti i protagonisti, non ultimi terzo settore, organizzazioni sindacali, associazioni, ecc., condividono criticità, obiettivi, risorse, ma*

*soprattutto concretamente operano per costruire assieme, in un quadro di sostenibilità, risposte nuove ed incisive.*

*E perchè ciò sia possibile, è innanzitutto necessaria una vera e propria metamorfosi del sistema pubblico, trasformando la prevalenza gestionale in una prevalenza dei compiti di regia, promozione, committenza, garanzia e controllo.*

*Ma a ben vedere tutto questo era già da prima l'essenza stessa del nuovo Piano Sociale e Sanitario della nostra Regione, il cui assunto di partenza è stato ben sintetizzato dalla presentazione di Errani "...la dimensione e la velocità dei cambiamenti sociali ed economici che stiamo vivendo, rendono del tutto insufficiente ogni ipotesi di semplice manutenzione...". Un piano il cui contenuto non assume a riferimento obiettivi incrementali ma una nuova e diversa visione delle politiche, delle relazioni, dei modelli organizzativi, ovvero del "sistema di governance".*

*E questa è anche la visione dell'Atto di Indirizzo e Coordinamento approvato dalla Conferenza Sociale e Sanitaria Modenese che certamente fornisce indicazioni di traiettoria sulle specifiche aree messe in luce dal Profilo di Comunità, ma che concentra la propria attenzione proprio sui temi della innovazione culturale e progettuale, della integrazione delle politiche e dei modelli organizzativi e soprattutto sulla costruzione/rafforzamento degli strumenti necessari per il cambiamento.*

*E' vero, per le nostre realtà non si parte dall'anno zero. Abbiamo anzi l'orgoglio di aver attivato servizi, sperimentazioni e risposte innovative, a volte acquisite da altri anche oltre i confini regionali.*

*Ma la doverosa salvaguardia e la continuità con le positive esperienze realizzate sino ad oggi nulla tolgono al dovere di un forte impegno di tutti nella direzione indicata anche perchè – ed ecco il collegamento con l'odierna crisi di sistema – è assolutamente necessario fare davvero, fare bene e soprattutto fare presto; a partire dai prossimi Piani di Zona.*

*Abbiamo molti nemici, come il distacco e l'individualismo generati anche dalla insicurezza e dalla esiguità delle risorse; insicurezza ed esiguità che potrebbero però trasformarsi in alleati se superando autoreferenzialità e gattopardismi sapremo vedere, ascoltare, cogliere, valorizzare un capitale professionale e sociale che c'è e che molto ancora può.*

*Il percorso è certamente ambizioso, difficile e complesso ma allo stesso tempo estremamente concreto anche perché non si intravedono alternative; o noi ci impegnamo per governare i processi o saranno i processi a governare noi. Ecco quindi che l'indispensabile cambiamento prioritariamente richiesto ai tecnici ed ai politici deve essere costruito con una diffusa consapevolezza e partecipazione collettiva poiché è soltanto attraverso una più forte coesione sociale che sarà possibile dare vera innovazione e valore aggiunto alle risposte del welfare.*

*I Presidenti della CTSS*

*Giorgio Pighi*

*Emilio Sabattini*

## 1 -

### AGIRE SUI DETERMINANTI DEL BENESSERE COLLETTIVO

Con il suo primo Piano Sociale e Sanitario la Regione Emilia Romagna intende promuovere il "ben-essere" della nostra comunità regionale.

Un obiettivo allo stesso tempo semplice ed ambizioso, che estende l'attenzione dai tradizionali momenti assistenziali e curativi ai numerosi altri ambiti ove l'essere e l'agire umano influisce più o meno direttamente sullo stato di salute e benessere delle persone, delle famiglie, della società.

Quella che cambia è la visione strategica del piano che assume a riferimento non tanto i bisogni come tali ma la loro complessità e unitarietà rispetto all'individuo ed ai suoi contesti di vita, relazione e lavoro.

Da ciò discende la necessità per tutti coloro che, tecnici e politici, detengono funzioni decisionali ed operative, di impostare e gestire in modo diverso il proprio ruolo: "fare assieme" ovvero integrazione delle politiche, delle attività, dei servizi e dei processi e "fare prima" ovvero prevenire, evitando per quanto possibile l'insorgere del bisogno.

In una parola coagire tempestivamente sui determinanti del benessere collettivo<sup>1</sup>.

#### 1 – L'INTEGRAZIONE DELLE POLITICHE

E' questa una precisa previsione del nuovo PSSR laddove ci indica di promuovere **l'integrazione delle politiche sociali con quelle sanitarie e di queste con le politiche ambientali, urbanistiche, abitative, occupazionali, formative e culturali.**

Una integrazione a tutto campo da perseguirsi non tanto attraverso centralizzazioni decisionali e gestionali quanto attraverso una forte presenza di propulsione e garanzia del "pubblico", volta a mobilitare ed intrecciare le più diverse responsabilità e risorse, pubbliche, private e del terzo settore, che agiscono o comunque influiscono sul benessere collettivo.

Quel reale e significativo valore aggiunto che l'integrazione consente, può essere infatti compiutamente raggiunto oltre che con la tenacia della volontà soltanto con un effettivo ascolto e coinvolgimento di tutti i soggetti interessati.

Nella nostra Provincia la positiva esperienza dei Piani per la Salute ha prodotto iniziative rientranti in questa logica ma, come si evince anche dal Profilo di Comunità, la strada da percorrere è ancora lunga.

Questi temi riemergeranno più volte nel corso del documento. Di seguito si riportano alcuni elementi e traiettorie per le principali aree interessate alla integrazione delle politiche, con l'indicazione a dedicare ad essi un **accurato impegno di attenzione, lavoro e coinvolgimento reciproco**, sia a livello provinciale che distrettuale e dei Comuni.

##### 1.1 – SCUOLA E FORMAZIONE

Moltissime indagini hanno messo in evidenza come il livello di salute e benessere complessivo delle persone è fortemente correlato al rispettivo grado di istruzione.

Guardando poi alla famiglia nel suo complesso molte scelte e l'assunzione di stili di vita sani sono anche qui correlati al livello di istruzione, specie della donna.

**Investire su un sistema scolastico e formativo di qualità**, soprattutto inclusivo dei soggetti in condizione di svantaggio, rappresenta perciò un investimento sulla salute ed il benessere dell'intera comunità.

Per la nostra Provincia, in un quadro complessivo di buona e articolata ossatura del sistema educativo, socio-educativo e scolastico, balzano all'attenzione tre elementi:

- il lavoro di molti anni ha determinato una elevata offerta di servizi per l'infanzia. Per i nidi, l'indice di copertura è del 28,04% , a fronte di una media italiana del 9,5% e di un

<sup>1</sup> Determinanti di salute secondo OMS: stili di vita ( fumo, alcool, alimentazione, attività fisica, comportamenti sessuali, ...), livello socio economico e istruzione, ambiente e sicurezza ( inquinamento, viabilità e trasporti, edilizia,...), servizi ( sia pubblici e che privati).

- obiettivo UE per il 2010 del 33%;
- lo status culturale della famiglia di origine esercita una forte influenza sulle scelte di indirizzo di diploma effettuate dai giovani. Dal 2002 al 2007 l'accesso ai licei è passato dal 28,7% al 34,8%, mentre quello agli istituti tecnici e professionali è passato dal 71,4% al 65,2%: +/- 6,1% in cinque anni;
- sussiste però il crescente, sempre più delicato problema di una reale piena integrazione scolastica e formativa per bambini/e, ragazzi/e extracomunitari che ormai costituiscono una quota considerevole della nostra popolazione minorile.

Sul primo elemento, **nidi**, si può osservare che il raggiungimento dell'obiettivo UE è da ritenersi qui da noi possibile e una particolare attenzione, soprattutto alla luce degli effetti della immigrazione, deve essere dedicata alle dinamiche ed alle tendenze circa il reale bisogno di incremento posti, anche effettuando una approfondita **ricerca di modelli di risposta alternativi**.

Per quanto concerne le scelte di indirizzo di diploma, se da un lato il fenomeno è sicuramente dimostrativo del desiderio delle famiglie e dei ragazzi di "portare più in alto" le precondizioni di accesso alla vita e al lavoro, dall'altro dobbiamo chiederci se e quanto queste tendenze influiscono o potranno influire non solo sul rapporto domanda/offerta ma sugli attuali e futuri bisogni di sviluppo del nostro tessuto produttivo, sapendo che le eccessive divaricazioni agiscono non soltanto sulla ricchezza economica ma anche sulla stabilità sociale.

Sul terzo elemento, peraltro oggetto di un confronto politico e culturale oggi particolarmente vivace, va poi evidenziata la necessità di valorizzare ed arricchire senza apriorismi tutte le esperienze positive sin qui accumulate, monitorando ed adattando nel tempo l'efficacia degli interventi.

Sarà pertanto opportuno strutturare **sistemi codificati di conoscenza** che indaghino anche sulle condizioni di salute-benessere che si determinano all'interno dei vari momenti del mondo formativo (elementari, medie, università, ..., sia per allievi che per insegnanti e famiglie) e tra questi e le restanti articolazioni della società.

Sempre nel campo formativo vi è poi l'ulteriore oggi impellente necessità, connessa alla particolare condizione di crisi che stiamo attraversando ed alle conseguenti prospettive di disoccupazione che si profilano, di un **forte intreccio scuola/lavoro** e della formazione permanente dei lavoratori. Tema questo più specificamente affrontato nel successivo capitolo sul lavoro.

## 1.2- OCCUPAZIONE E LAVORO

L'incidenza del lavoro sulle condizioni di salute-benessere delle persone e della società è più che assodata.

Il territorio modenese si caratterizza per buone dinamiche e sostanziale stabilità dei dati di partecipazione al mercato del lavoro (tassi di attività/occupazione/disoccupazione) anche se **non mancano elementi di debolezza** specie per quanto concerne l'occupazione femminile e soprattutto **elementi di preoccupazione** per il futuro, stante l'odierna situazione economica.

Nel 2006 il tasso di disoccupazione globale era al 3,4% (E.R.: 3,2%) e quello femminile del 4,8%(E.R.: 3,7%), a fronte di indici nazionali rispettivamente del 6,1% e dell'8%.<sup>2</sup>

Anche a Modena come altrove sono notevolmente aumentate le assunzioni con contratti precari (dal 39,5% al 49,2%, nel periodo 2002/2006) e parallelamente diminuite quelle a tempo indeterminato (dal 37,8% al 24,1% nello stesso periodo) ed anche in questo caso le più colpite sono le giovani donne.

Oltre a ciò, segni di difficoltà si incontrano nel collocamento di certe categorie di laureati, nella ri-occupazione degli ultra-cinquantenni (sia tra i laureati che tra i rioccupati la maggiore difficoltà a trovare lavoro è di nuovo delle donne) e nell'avvio al lavoro dei disabili.

Elementi di debolezza e segni di difficoltà che, come accennato, si stanno oggi dilatando a tutto il mondo del lavoro, non solo dipendente.

Un insieme di elementi che accentuano ed accelerano gli obblighi di attenzione ed di impegno che le Istituzioni devono avere nei confronti delle tematiche proprie della occupazione e del lavoro, sia attraverso la valorizzazione degli strumenti diretti disponibili che in particolare attraverso una intensa **azione di promozione e raccordo** di tutte le potenzialità presenti sul territorio.

<sup>2</sup> A Modena su 11.000 disoccupati 7.000 sono donne.

Su questa linea si collocano da un lato le attività di **formazione professionale ed interprofessionale** (da gestirsi in una logica di sistema integrato della istruzione, della formazione, dell'orientamento e delle politiche del lavoro), l'utilizzo mirato dei Fondi Sociali Europei, il collegamento tra scuola e impresa, interventi specifici da parte dei Centri per l'impiego (accoglienza, presa in carico, accompagnamento e sostegno anche personalizzato, specie nei confronti delle persone a maggior rischio di marginalizzazione) e dall'altro, un accurato sviluppo delle azioni di osservazione, studio e monitoraggio dell'intero settore ed in particolare una intensa azione di **coinvolgimento/condivisione** delle analisi, degli obiettivi e dei percorsi tra Sistema Pubblico, Organizzazioni Sindacali ed Organizzazioni dei Datori di Lavoro allo scopo di valorizzare al massimo idee, risorse ed impegni reciproci.

In questa direzione la già operante Commissione intersettoriale provinciale per la concertazione delle politiche di istruzione, formazione e del lavoro, può fornire contributi importanti ed il suo collegamento con la CSST può costituire un momento di ulteriore arricchimento circa le relazioni di causa/effetto che si innescano o potranno innescarsi in futuro tra dinamiche del lavoro e stato di salute/benessere della popolazione.

Tutto ciò tenendo presente che proprio in questo particolare momento di difficoltà diventano ancor più rilevanti gli obblighi propri della cosiddetta **responsabilità sociale dell'impresa** (sicurezza sul lavoro, integrazione e conciliazione dei tempi, flessibilità degli orari, part-time, equità retributiva, precariato, ..), sia nell'ambito privatistico che della cooperazione sociale.

### **1.3 - LA CASA**

La realtà modenese è caratterizzata da un alto livello di proprietà e la mancanza di un alloggio interessa fasce marginali della popolazione.

Seppur in questo contesto, nell'ultimo decennio **il problema della casa ha assunto anche a Modena dimensioni e caratteristiche sempre più rilevanti** specie per quanto concerne la sostenibilità degli affitti.

Alla progressiva **divaricazione del rapporto tra reddito e costo dell'affitto/acquisto** di un appartamento, si è negli ultimi tempi aggiunto l'effetto mutui a tasso variabile.

Questi fenomeni incidono profondamente sulle condizioni di salute/benessere di una sempre più vasta area di persone e famiglie che – a partire da immigrati, nuclei monogenitoriali, giovani coppie con lavoro precario, pensionati – sono a volte esposte sino ai margini della sopravvivenza.

Nella nostra provincia nel periodo 1999/2003 a fronte di un incremento medio dei redditi IRPEF del 37% l'indebitamento medio pro-capite per l'acquisto della casa è cresciuto del 247%; valori in ulteriore aumento almeno sino a tutto il 2006.

Ci troviamo cioè pienamente inseriti all'interno di un fenomeno nazionale, e non solo, che sta incidendo pesantemente sulla determinazione delle quote di reddito residue disponibili per la vita delle famiglie.

Parallelamente, il pur discreto patrimonio immobiliare pubblico (5.660 alloggi al 31/12/2005, diversamente distribuito da Comune a Comune), viene sempre più assegnato a nuclei appartenenti alla c.d. fascia di protezione, ovvero la più debole, nei cui confronti si applicano i canoni più modesti. Conseguenza: introiti ridotti per manutenzioni, rinnovo e arricchimento del patrimonio.

Analogo fenomeno sul versante dei contributi per l'affitto. A fronte di un notevole incremento dei casi in condizioni di diritto ( dai 4.380 del 2000 ai 9.282 del 2006), la immutata disponibilità del fondo ( per altro assicurata dai contributi di Regione e Comuni), ha determinato l'inevitabile riduzione del contributo erogato ad ogni singola famiglia.

Confermando quindi la necessità di un Piano Casa Nazionale, da costruirsi in una logica federalista con il coinvolgimento di Regioni ed Enti Locali, l'attenzione delle Istituzioni del nostro territorio dovrà impegnarsi su alcuni filoni di lavoro, peraltro in gran parte già individuati dalla Conferenza degli Enti Locali dell'Agenzia Casa e dal Piano Territoriale Coordinamento Provinciale recentemente approvato. Filoni di lavoro che, facendo leva anche sulla richiesta alla Regione di procedere alla anticipazione dei fondi rivendicati dallo Stato e sulla sollecitazione all' ACER di dare corso agli interventi immediatamente accantierabili, sono così sinteticamente individuabili:

- **integrare risorse e strumenti diversi** per conseguire la realizzazione di un mercato dell'edilizia sociale, non solo pubblica, adeguatamente dimensionato dal punto di vista quantitativo e prioritariamente caratterizzato da affitti a prezzi accessibili;
- rivisitare localmente le ulteriori possibilità di dismissione/trasformazione di patrimoni

- immobiliari pubblici e di un **riposizionamento delle priorità di spesa**;
- garantire **eguale opportunità di accesso** ad agevolazioni, contributi, assegnazioni di alloggi, attraverso sistemi di ammissione anche innovativi, condivisi in ambiti sovralocali omogenei;
- più generale **raccordo delle politiche** della casa con le politiche delle infrastrutture territoriali, del recupero e della riqualificazione urbana e delle efficienza degli edifici.

In queste direzioni sono necessari il **monitoraggio periodico** dei fenomeni che influiscono sull'andamento del fabbisogno abitativo nei vari territori, assieme alla partecipazione della CSST ai Tavoli Provinciali per la casa.

#### **1.4 – CULTURA, ASSOCIAZIONISMO E CAPITALE SOCIALE**

Se per **capitale sociale** intendiamo il complesso delle condizioni di **fiducia, impegno civico, attività di volontariato, partecipazione** che connotano una comunità, possiamo senz'altro affermare che **i nostri territori e non da oggi, possono vantare un ricco, a volte molto ricco, capitale sociale.**

Tra gli elementi che concorrono alla sua costruzione, vanno senz'altro annoverati la **cultura**, nella sua più ampia accezione, e gli strumenti/luoghi della partecipazione.

Un buon paradigma della disponibilità di servizi e di voglia di cultura la offrono i dati sul numero di biblioteche ( 93) e sul numero dei prestiti di libri ( 953.000) nell'anno 2007, nonché il successo delle numerose iniziative per la promozione della lettura.

Oltre a questo, il crescente numero delle visite al patrimonio museale, ai luoghi della memoria, ai siti naturalistici ecc., indicativo tra l'altro di un positivo "effetto scuola" sui giovanissimi, riscontrabile anche nell'accesso a concerti e spettacoli teatrali.<sup>3</sup>

Dall'altra parte il ricco tessuto delle Organizzazioni di Volontariato e delle Associazioni di Promozione Sociale che, assieme alle Cooperative Sociali, fanno salire ad oltre mille le Istituzioni presenti, distribuite in modo abbastanza omogeneo in tutta la Provincia, ( ma alcune diversità esistono), operanti soprattutto nel settore dello sport, della cultura, del volontariato sociale e sanitario, ma anche dell'ambiente, del turismo ecc.

Come già detto, un **tessuto da preservare e valorizzare** sia per la sua capacità di integrare/ sussidiare specifiche aree di intervento pubblico, sia più in generale, come importante costruttore di coesione sociale.

Sotto questo profilo potrebbe risultare interessante la realizzazione di un sintetico sistema di **periodica lettura dei fattori** più indicativi circa i processi **di coesione e di disgregazione** sociale nei diversi ambiti territoriali.

## **2 – IL VALORE DELLA PREVENZIONE COLLETTIVA**

Oltre alla integrazione delle principali politiche di settore, un'efficace azione sui determinanti di salute non può prescindere da una speciale, accurata attenzione ai temi dell'ambiente e della sicurezza.

E' una competenza innanzi tutto territoriale e il peso di questi due ambiti sulle condizioni di salute e benessere della popolazione è enorme.

Soltanto un intenso, costante, coordinato impegno trasversale di tutte quante le Istituzioni presenti sul territorio e di queste con le Aziende Sanitarie può perciò consentirci il conseguimento di risultati significativi.

### **2.1 – L'AMBIENTE**

L'ambiente è una realtà complessa i cui livelli di qualità sono determinati da una pluralità di fattori concorrenti.

Tra questi **l'inquinamento atmosferico** è, specie nella nostra pianura e nella nostra Provincia, uno dei principali fattori di rischio per la salute.

Il ruolo delle polveri fini nella genesi degli effetti sulla salute è andato assumendo particolare rilievo, sia come inquinante in sé sia come indicatore integrato della miscela di inquinanti presenti nell'aria che respiriamo.

Nei centri urbani le polveri sono originate dalle attività produttive, dai sistemi di riscaldamento

<sup>3</sup> vedi dettagli "indagine ICESMO2- Università di Modena " nei materiali relativi al Profilo di Comunità

e soprattutto dal traffico veicolare.

Gli effetti più vistosi dell'inquinamento atmosferico, da tempo accuratamente studiati, consistono in un incremento della mortalità per tutte le cause, specie cardio-polmonari.

Ma se i dati appaiono ormai consistenti la percezione del rischio da parte della popolazione appare ancora scarsa, con conseguente scarsa modificazione dei comportamenti.

Eppure l'esposizione all'inquinamento atmosferico interessa tutti noi – in particolare bambini, anziani e ammalati – a partire da coloro che abitano nei centri urbani, non solo i capoluoghi.

Il traffico veicolare produce poi anche rumore, incidenti stradali ed occupazione di spazi. Ciò nonostante l'attaccamento al trasporto individuale resta fortissimo.

Vi è infine l'argomento **rifiuti** circa il quale il molto che già è stato fatto è ancora lontano da obiettivi ottimali e comunque non consente di lasciare la presa.

Certamente ambiente non significa soltanto inquinamento e rifiuti ma è su questi due grandi temi che si dovrà concentrare l'attenzione nel prossimo triennio attraverso **azioni formative e dissuasive per una crescita culturale della popolazione, potenziamento delle politiche di risparmio energetico e di riduzione delle emissioni, miglioramenti strutturali nel sistema dei trasporti e della viabilità, riduzione della produzione di rifiuti, incremento della raccolta differenziata e di un corretto smaltimento.**

## 2.2 – LA SICUREZZA

Sono tre i principali ambiti della sicurezza individuale e collettiva che richiedono l'impegno integrato delle Istituzioni: **sicurezza stradale, sicurezza sul lavoro, sicurezza domestica.**

Dall'analisi delle esperienze più significative e dall'analisi sull'andamento degli incidenti stradali, risultano essere quattro le tipologie di azione da attuarsi in maniera organica in grado di produrre risultati significativi in termini di riduzione della casistica:

- costante e puntuale **monitoraggio e analisi epidemiologica** degli incidenti stradali e condivisione dei dati da parte dei soggetti coinvolti al fine di rilevare tempestivamente il modificarsi del fenomeno, i maggiori punti a rischio, le cause degli incidenti (strutturali o comportamentali), ecc;
- potenziamento e maggiore finalizzazione dei **controlli** sulla base dell'analisi dei dati anche attraverso strumenti elettronici;
- diffusione di una cultura della sicurezza stradale come cultura della legalità e del rispetto delle norme attraverso **interventi educativi e formativi** in grado di incidere sulla modifica dei comportamenti;
- **interventi strutturali** per la messa in sicurezza dei punti critici e potenziamento delle iniziative che possono favorire la mobilità sostenibile con particolare riguardo a quelle atte a tutelare l'utenza debole (pedoni, ciclisti, bambini, anziani).

Lo stesso approccio va tenuto sul tema complesso della sicurezza sul lavoro. I dati relativi agli infortuni nella provincia di Modena confermano l'esigenza di mantenere elevata l'attenzione e l'interesse sul fenomeno ( aumentano infortuni atipici), affinando le metodologie di intervento, incrementando la vigilanza e l'assistenza, indagando l'eziologia degli incidenti, promuovendo la diffusione della cultura della prevenzione in tutti gli ambienti di lavoro e verso tutte le figure e i soggetti coinvolti.

Gli infortuni e le malattie professionali che oggi si verificano sono tutt'ora in gran parte eliminabili ma le azioni che vengono promosse dalle Istituzioni competenti in materia di controllo sulla corretta applicazione della normativa prevenzionistica e dei rapporti di lavoro non sono in grado, da sole, di ridurre in modo incisivo il fenomeno che in buona parte dipende dalle caratteristiche attuali del mercato del lavoro (flessibilità e mobilità) e dalla destrutturazione di alcuni comparti produttivi (sub appalti con molte ditte individuali o comunque di ridottissime dimensioni).

In ambedue queste aree occorrono un approccio multidisciplinare ed un intervento integrato ed interistituzionale, da attuarsi anche attraverso appositi **tavoli, sia provinciali** ( come quello della sicurezza sul lavoro) **che locali**, coinvolgenti tra l'altro le Istituzioni Giudiziarie, di Polizia, ecc.. Tutto ciò allo scopo di individuare e programmare interventi specifici di livello provinciale in grado di integrare le conoscenze e razionalizzare l'uso delle risorse, ed allo stesso tempo di analizzare le specificità distrettuali al fine di mirare maggiormente le attività di controllo e vigilanza, di formazione, di sensibilizzazione, di promozione del benessere e della tutela, di riduzione dei determinanti più significativi che provocano gli infortuni (correlazioni tra incidenti

e uso di alcol e sostanze; correlazioni tra lavoro irregolare/nero e la salute e sicurezza; ...). Vi è infine il problema degli incidenti domestici – spesso non sufficientemente valutati – che invece coprono una percentuale molto elevata tra le diverse tipologie di eventi incidentali. Le zone ove si concentrano la maggior parte di tali eventi sono il bagno, la cucina e le scale e le persone più colpite sono gli anziani ed i bambini. Troppo spesso prevalgono la sottovalutazione del rischio, la non conoscenza delle situazioni e dei comportamenti pericolosi ovvero delle tecniche, delle tecnologie e degli ausili utili a ridurre il pericolo. Anche in questo caso servono azioni sinergiche di **sensibilizzazione, informazione, acculturamento**, a partire dalle persone più esposte, da attuarsi nella scuola, nei punti di aggregazione od anche direttamente al domicilio dei soggetti a rischio con il contributo delle più importanti aziende di servizi ( gas, acqua, ...). Servirebbero infine iniziative volte a promuovere il ripensamento delle soluzioni di edilizia residenziale in direzione di più elevati livelli di sicurezza ( bagni, scale, ...).

## LE POLITICHE SOCIALI E SOCIO-SANITARIE

Sotto il titolo " la risposta ai bisogni complessi" una parte consistente del nuovo PSSR è dedicata alle politiche sociali e sanitarie integrate, con grande ricchezza di motivazioni e di indicazioni spesso dettagliate.

Anche nella nostra realtà molte energie sono state spese per conoscere/approfondire/valutare lo status, le criticità, i bisogni e le possibili prospettive di questa grande area.

Facendo perciò rinvio, da un lato ai contenuti propri del Piano e dall'altro agli elementi ed alle riflessioni riportate nel Profilo di Comunità, si è ritenuto di dover strutturare questa parte dell'Atto di indirizzo nel modo che segue:

- da un lato alcune riflessioni e sottolineature volte a caratterizzare l'approccio ed i successivi atteggiamenti programmatori e progettuali in tutti i settori in cui si articola il sistema dei bisogni complessi e dei relativi interventi;
- dall'altro, pur sempre generali ma più specifiche indicazioni di traiettoria operativa, specie distrettuale.

### 1 - INNOVARE L'APPROCCIO E LA PROGETTAZIONE

Vi sono principi ovvero parole chiave che, originate dalla stessa Costituzione Repubblicana, hanno contrassegnato nei decenni lo spirito più profondo delle principali scelte strategiche e legislative del nostro paese.

Principi e parole chiave che hanno mantenuto nel tempo il loro valore e che costituiscono ancora oggi un punto di appoggio fondamentale sia per l'agire di ogni giorno che per l'innovazione e il cambiamento.

Tra queste, nel nostro ambito, "**l'universalismo**", senza se e senza ma dei servizi; che discende direttamente dalla centralità della persona umana e senza del quale non è concretamente possibile conseguire e preservare quella "coesione sociale" che è condizione primaria per l'affrancamento della insicurezza e della paura.

E poi la "**sussidiarietà**" che è da un lato l'antitesi del conflitto, della prevaricazione, dell'egoismo degli individui e dei gruppi e dall'altro il segno della capacità delle istituzioni di coinvolgere, "integrare" le persone e le più diverse espressioni della società civile nell'aiuto reciproco e nella gestione delle risposte.

E infine la "**responsabilità**" per chi vi opera di perseguire costantemente la migliore efficienza ed efficacia dei Servizi ma anche per ciascuno di noi di contribuire attivamente al sostegno della "normalità" (prevenzione individuale e collettiva) e della "autonomia" (prendersi cura di se e degli altri).

Principi e parole chiave che, indipendentemente dal se e quanto richiamate in questo documento, ne costituiscono i punti di forza per tutte le scelte, specialmente le più innovative.

#### 1.1.- LA FAMIGLIA COME RISORSA GLOBALE E TRASVERSALE

Nella prima metà del secolo scorso, quando il welfare collettivo era estremamente debole, i luoghi della compensazione dei bisogni e delle fragilità individuali, erano essenzialmente la famiglia ed il vicinato.

Le conquiste socioeconomiche e culturali del periodo successivo hanno poi fatto crescere l'attenzione e le risposte del sistema pubblico in direzione di quelli che oggi possiamo definire i due soggetti forti della convivenza sociale: da un lato il singolo individuo con le sue specificità ed i suoi bisogni/diritti, dall'altro le istituzioni statuali, organizzatrici ed erogatrici di servizi.

Il superamento della famiglia patriarcale, l'espansione dei diritti individuali, l'entrata massiccia delle donne nel mondo del lavoro, l'indebolimento delle tradizionali rete parentali, amicali e di vicinato, ed altre modifiche demografiche e sociali (invecchiamento, immigrazione...), ci consegnano una famiglia profondamente cambiata che non sempre è stata assunta come riferimento di politiche specifiche, in grado di farne un attore fondamentale nel radicare e garantire i diritti e i doveri dei singoli soggetti che la compongono. Anzi, come testimoniano

alcuni problemi emergenti quali la violenza nei confronti delle donne, sempre più frequente tra le mura domestiche, la famiglia si è trasformata da prevalente attore in prevalente destinatario di solidarietà ed aiuto.

Nella nostra regione e nelle nostre comunità locali la quantità e la qualità dei servizi attivati a favore dei più deboli è da tempo motivo di vanto, oggetto di emulazione e persino causa di trasferimento da altri territori nazionali; ma anche per questo, tenere testa al futuro risulterà sempre più difficile.

Servono traiettorie nuove e alcune di queste ce le indica lo stesso PSSR quando attraversa quasi tutti i capitoli dedicati alla grande area dei bisogni più complessi con costanti richiami al tema della famiglia.

Nella Regione Emilia Romagna la cultura e l'operatività dei nostri servizi è già da anni attenta alla famiglia, non solo come oggetto delle risposte pubbliche ma anche nella sua dimensione para-assistenziale; una attenzione che può però essere ulteriormente ampliata ed affinata poiché, nonostante gli enormi indebolimenti, le potenzialità della famiglia sono ancor oggi nella nostra Regione e nella nostra Provincia molto più significative che altrove<sup>4</sup>.

Occorre perciò individuare vie, modalità e potenzialità di integrazione delle politiche locali (socio- assistenziali / sanitarie / educative/ del lavoro/ della partecipazione/...), che assumano la famiglia **non solo per le sue possibilità di auto-aiuto, ma anche** come luogo di reale soddisfacimento dei diritti dei singoli individui che la compongono, **come grande attore economico nella formazione del capitale umano e sociale**, come sede di motivazioni e legami che costituiscono un fattore decisivo di solidità individuale e collettiva.

### **1.2.- UNA PARTICOLARE ATTENZIONE ALLA CONDIZIONE FEMMINILE.**

L'oggettiva diversità delle condizioni e delle esigenze proprie dell'essere donna, è resa oggi ancor più vulnerabile dalla rimodulazione dei servizi sanitari in direzione della domiciliarità, dalla maggiore intensità quantitativa e tipologica dell'impegno di cura ( vedi fascia critica 45/60 anni), dalla precarizzazione del lavoro, dalle situazioni di isolamento ed abbandono.

Questi fenomeni stanno allargando la forbice delle disuguaglianze tra uomo e donna e ciò rende ancor più **necessaria una costante attenzione alle differenze di genere**, indagando ed approfondendo le specificità locali della condizione femminile, specie per quanto concerne l'esigenza di perseguire un'equa condivisione dei carichi di lavoro familiare, un'elevata flessibilità dei servizi volta a facilitare la conciliazione dei tempi di lavoro e di cura, la conoscenza delle problematiche di salute, le situazioni di disagio, svantaggio e di estrema esclusione (tratta, sfruttamento, violenza).

### **1.3.- PRESERVARE E VALORIZZARE IL TERZO SETTORE, SPECIALMENTE VOLONTARIATO ASSISTENZIALE E DI PROMOZIONE SOCIALE**

I nostri territori vantano presenze antiche, numerose, diversificate e consistenti che oggi però registrano processi di sofferenza.

Queste **stanno svolgendo ed ancor più dovrebbero poter svolgere in futuro un ruolo essenziale** sui terreni dell'aiuto (anziani, disabili, malattie croniche e degenerative, emergenza sanitaria...), dei diritti di cittadinanza (sport, cultura, arte, spettacolo, svago, inclusione degli emarginati e degli immigrati,...) e più in generale della coesione sociale.

L'intensità, a volte anche problematica delle specifiche attenzioni settoriali, può però riempire vuoti non altrimenti copribili, arricchire e diversificare le risposte, determinare adesione, solidarietà ed aiuto in importanti settori.

Sono quindi necessarie una rinnovata attenzione ed una accurata conoscenza, iniziative di sostegno e rapporti di collaborazione reciproca, il monitoraggio nel tempo di sinergie e risultati.

### **1.4.- SVILUPPARE UN SEMPRE PIÙ QUALIFICATO SISTEMA DI CONOSCENZA E DI INFORMAZIONE SU RICCHEZZE E POTENZIALITÀ DEL TERRITORIO**

Anche i nostri territori esprimono le caratteristiche e le esigenze proprie di una società moderna e complessa che ha raggiunto un elevato livello di benessere relativo.

Pur trovandoci ora in un contesto di minore ricchezza, disponiamo di un insieme di opportunità (lavorative, di partecipazione, di acculturamento, di svago, ...) e di servizi (sanitari, sociali,

<sup>4</sup> Rilevazioni ISTAT e CENSIS ci dicono che : l'indice di divorzio è tra i più bassi d'Europa; le convivenze quasi sempre sfociano nel matrimonio; la maggior parte delle donne indica tra le aspettative primarie di vita il matrimonio e la maternità; più della metà degli italiani ospita in casa un anziano; il valore del "pranzare assieme" è ancora forte; i nonni integrano le debolezze del welfare curando i nipoti e il numero dei figli che accudiscono i genitori è in crescita.

socio-sanitari, scolastici, educativi, sportivi,...) quantomai ricco ed articolato.

Nello stesso tempo però, l'affievolimento dei sistemi di relazione e vicinato ed il veloce modificarsi della composizione sociale (mobilità ed immigrazione), rendono sempre più difficile la conoscenza di tutte le ricchezze e potenzialità disponibili.

Questa **"non conoscenza"** è di per sé un fattore di vera e propria **"povertà economica"** che genera fragilità e determina malessere più di quanto non ne produca la scarsità di opportunità e di risorse.

Molto già esiste ma: integrare/accrescere a 360 gradi le conoscenze e renderle con altrettanta ampiezza disponibili in una molteplicità di punti di contatto, potenziare i sistemi di divulgazione nei confronti delle fasce sociali più svantaggiate attraverso tecniche comunicative mirate e professionali, fare sistema con le più diverse presenze pubbliche e con il privato sociale, produttivo e dei servizi, può costituire prevenzione/attenuazione del disagio economico e sociale di ampie fasce di popolazione.

### **1.5.- RIVISITARE LE PRIORITA' E VALUTARE L'EFFICACIA DEI SERVIZI.**

L'allungamento della vita media sta aumentando i bisogni di tutela sanitaria e sociale nella cosiddetta Area Anziani.

Non meno rilevanti però sono i rischi e le condizioni di "povertà" che colpiscono le donne, le giovani famiglie, l'infanzia, l'adolescenza, i giovani.

Poiché è in questa seconda area che si colloca la stessa "speranza di futuro", vista anche la traiettoria delle risorse, sarà necessario **saper discernere tra priorità dei bisogni e capacità rivendicative** per poi decidere con competenza e determinazione sul giusto rapporto da attribuirsi agli interventi a favore degli anziani ed agli interventi a favore dei bambini e della gioventù, tenendo presente che è da politiche di sostegno e rafforzamento della famiglia che possiamo trarre significativi risultati in tutte e due le direzioni.

Una rivisitazione dovrà poi essere effettuata anche all'interno della ricca e variegata gamma degli interventi posti in essere dal sistema pubblico e dai suoi fornitori, quantomeno per valutarne l'efficacia, assoluta e relativa, e per individuare possibili integrazioni/sinergie/razionalizzazioni atte a massimizzarne il valore, evitando eccessi di settorializzazione, accavallamenti, ridondanze e diseconomie.

### **1.6 - SEPARARE IL GOVERNO DALLA GESTIONE**

E' appunto all'area dei bisogni complessi che storicamente ed ancora oggi gli Enti Locali e le Aziende Sanitarie dedicano una consistente quota delle rispettive risorse finanziarie e professionali.

Ciò ha comportato la strutturazione di modelli organizzativi, relazionali e di processo perlopiù funzionali ed efficienti ma che per loro natura tendono anche all'autotutela ed all'autoreferenzialità delle persone e degli assetti.

Il fenomeno è umano, comprensibile ma non sostenibile.

Le nuove tipologie di bisogno, presenti e future, i nuovi atteggiamenti culturali con cui affrontarle, la riconfigurazione di procedure, attività, competenze e servizi sull'asse costante della "integrazione", richiedono **ripensamenti organizzativi e di ruolo non indifferenti**.

Primo tra questi è un assetto ove il governo delle funzioni, in direzione degli obiettivi scelti, sia separato dalla gestione dei relativi servizi; assetto che, dovrà essere organizzativamente assicurato anche negli ambiti territoriali coincidenti con il territorio del Comune ( Bologna, Modena, Circondario di Imola) per i quali il PSR ha espressamente previsto che sia le funzioni di governo che quelle amministrative possono essere esercitate direttamente dai rispettivi Enti.

La pianificazione regionale lo indica espressamente e la piena realizzazione delle ASP assieme all'Accreditamento dovrebbero esserne i principali strumenti, tenendo presente che la recente legislazione in materia di affidamenti e appalti di servizi offre innovativi strumenti per valorizzare realmente la qualità e la responsabilità del soggetto gestore, quali ad esempio la possibilità di inserire clausole sociali nelle procedure di affidamento o le varie forme di "dialogo competitivo" proposte dall'Unione Europea.

L'obiettivo è complesso e solo la dimensione distrettuale può consentirne la realizzazione senza particolari sprechi o duplicazioni.

Il processo è però indispensabile. Questa separazione consentirà ai livelli tecnici ed istituzionali di vedere meglio oltre la quotidianità gestionale, di verificare l'aderenza delle risposte al mutare dei bisogni, di presidiare l'integrazione, di individuare nuove forme e nuove modalità di

rapporto con un'ampia gamma di gestori in grado di garantire qualità contenendo i costi, di sostenere la sussidiarietà, di valutare con distacco i risultati, l'efficienza e l'efficacia dei servizi. Sul versante degli erogatori la presenza di un controllo sostanzialmente esterno alla gestione, dovrebbe poi produrre sistemi di autoregolazione più incisivi e consistenti.

## **2 – INDIRIZZI SPECIFICI PER LE PRINCIPALI AREE DI BISOGNO**

### **2.1.- FAMIGLIA E RESPONSABILITA' GENITORIALI**

La nuova programmazione zonale, in continuità e sviluppo delle numerose azioni sin qui poste in essere nei diversi territori, deve ulteriormente focalizzare la propria attenzione sulla famiglia, anagrafica e di fatto, in particolare attraverso:

- **riposizionamento delle politiche pubbliche** locali, specie per quanto concerne gli ambiti abitativo, tariffario e di sviluppo dei servizi (asili nido – assistenza domiciliare – disabili – anziani - ....);
- **integrazione degli interventi e dei servizi** che si occupano delle famiglie (scuola, servizi sociali e sanitari, territorio,...) per la presa in carico unitaria e semplificata dei singoli casi in un contesto di nucleo familiare;
- **facilitazione dell'accesso alle informazioni** su tutti i servizi e le opportunità istituzionali ed informali (educative, sociali, sanitarie, scolastiche, del tempo libero) che il territorio offre a bambini e famiglie, con particolare attenzione a quelle con figli disabili, monoparentali ed immigrate, anche attraverso strutture organizzative dedicate (sportello sociale, centro per le famiglie) e lo sviluppo di specifici strumenti (carta dei servizi per la maternità,...);
- **iniziative di supporto alla genitorialità** oggi bisogno emergente, da realizzarsi con il contributo delle istituzioni che presidiano gli ambiti scolastici, della salute e dei servizi locali, attraverso la promozione culturale ed educativa, la mediazione familiare, la valorizzazione delle competenze genitoriali, specie nelle situazioni di disagio socio-economico, culturale e di sfaldamento della famiglia, contemporaneamente attivando politiche territoriali per lo sviluppo della responsabilità educativa diffusa;
- **difesa della salute, di genere e riproduttiva:** sostegno della maternità specie nelle condizioni di sofferenza (vulnerabilità sanitaria, solitudine, maternità difficile, povertà economica, culturale e relazionale), garantendo la creazione di percorsi integrati sociali/sanitari, di prevenzione ed aiuto nel periodo post-parto e per la tutela delle donne vittime di violenza<sup>5</sup>;
- **supporto alle esigenze di accoglienza** in particolare affido familiare ed adozione, ma anche centri di accoglienza per donne che subiscono violenza, comunità familiari per madri in difficoltà, sole e con figli, ....;
- **specifiche attività di integrazione** delle famiglie straniere (linguistica, culturale, scolastica, sociale, sanitaria, dei servizi,...)
- **forme di sostegno economico**, benefici per il diritto allo studio, iniziative extra scolastiche ed attività collaterali per bambini ed adolescenti queste ultime in particolare sviluppate in integrazione progettuale ed operativa con le diverse espressioni della presenza solidaristica e del terzo settore, sostenendo tutti i luoghi di aggregazione;
- **flessibilizzazione dei servizi** per la prima infanzia allo scopo di assecondare le giovani coppie nella ridefinizione di ruoli e funzioni all'interno della famiglia e di conciliare i tempi di cura e di lavoro. Più in generale azioni di sollievo dei carichi di lavoro domestico e di cura rivolto a figli, disabili ed anziani.

---

5 Vedi: "Piano strategico contro la violenza alle donne" ( deliberazione del Consiglio Provinciale n. 70 del 7 maggio 2008);

## 2.2 – INFANZIA ADOLESCENZA E GIOVANI

Sta aumentando il numero dei minori in carico ai servizi e sta aumentando la complessità della casistica.

La maggiore criticità dopo l'adolescenza è rappresentata dal "disagio giovanile".

Molti degli indirizzi già descritti al punto precedente hanno rilievo anche per questi ambiti, ma alcune specifiche attenzioni sono opportune:

- **attenta previsione/programmazione** del fabbisogno futuro di nidi, scuole di infanzia e servizi di supporto (mense, trasporti, centri estivi, ludoteche,...), viste le traiettorie di incremento della natalità, non solo da immigrati;
- **interventi di prevenzione** dell'abbandono scolastico e del disagio sociale attraverso un attento monitoraggio (scuola, NPI, famiglia, servizi sociali,) e l'offerta di servizi socio-educativi, di socializzazione, ascolto e confronto;
- **interventi di promozione della salute** e di tutela sanitaria in particolare per quanto concerne stili di vita e comportamenti a rischio (fumo, alcool, droghe, obesità, comportamenti sessuali), contesto ambientale e sociale (inquinamento, mobilità sicura, luoghi di aggregazione e di cura, ....), malattie in età pediatrica e giovanile, disturbi del comportamento e sofferenza mentale;
- **tutela da abusi e maltrattamenti** e contrasto della tratta di minori, in raccordo anche con gli organismi di sicurezza, attraverso la valorizzazione degli affidi e dei servizi di ambito comunitario;
- **monitoraggio periodico della condizione giovanile** nei vari territori (in particolare adolescenti) per comprenderne caratteristiche, bisogni e processi di cambiamento, ponendo attenzione alla eterogeneità per stili di vita e per età;
- **facilitazione e stimolo della partecipazione**, sostenendo l'aggregazionismo, assicurando disponibilità di luoghi e spazi, coordinando le risorse informali, promuovendo iniziative e attivando servizi di ascolto/confronto/consulenza/prevenzione, anche raggiungendo i giovani là ove si trovano;
- **offerta di occasioni ed alternative** per i giovani quali percorsi di studio, di qualificazione professionale, di lavoro, di messa a frutto di attitudini e di interessi, assieme ad interventi di recupero per i casi più gravi di disagio e devianza. (*vedi anche: salute mentale e tossicodipendenze*).

## 2.3.- ANZIANI E DISABILI

Queste due aree unite tra l'altro dalla logica del FRNA, presentano caratteristiche e problemi comuni ma anche alcuni aspetti di non irrilevante diversità. Per quanto concerne gli **anziani**, gli indicatori di tendenza sono tutti di segno positivo (incremento, specie al femminile, delle classi di età più alte, progressiva riduzione del tasso di disabilità, aumento del numero di anni liberi da disabilità, diminuzione dei ricoveri ospedalieri) e ciò conferma/indica alcune precise linee di intervento:

- **promozione della prevenzione e del mantenimento dell'autonomia** attraverso una sempre più ampia gamma di risposte, specie di bassa soglia, attente alle diverse esigenze di genere, in grado di favorire una vita il più possibile attiva e sana (stili di vita, luoghi di socializzazione, attività culturali, pluralità coordinata-personalizzata-flessibile degli interventi, buoni rapporti di vicinato, pienezza e tempestività delle informazioni,...) con particolare attenzione ai "fragili";
- **globalità della presa in carico e sostegno/sviluppo delle potenzialità familiari**, attraverso un attento monitoraggio dell'evolversi dei bisogni personali e familiari, l'uso integrato dell'assistenza domiciliare sociale e sanitaria, l'aiuto formativo al saper accudire, l'inserimento nelle reti di sostegno formali e informali, supporti per la gestione

del tempo, l'attivazione di ricoveri di sollievo, la tutela nel conseguimento della continuità assistenziale (accesso ai servizi, dimissioni protette, percorsi riabilitativi), l'acquisizione di presidi tecnici (ausili, adattamento domestico,...) ect., secondo il metodo del case management, specie nelle condizioni più a rischio;

- **diversificazione dell'assistenza domiciliare** e supporto economico alle famiglie per meglio adattare, anche nella prospettiva di un inaridimento della fonte delle assistenti familiari, i livelli di intervento alle molteplici caratteristiche del bisogno ed alle oggettive disponibilità/capacità di aiuto esistenti intorno all'anziano<sup>6</sup>;
- **attenzione al fabbisogno di posti letto** residenziali, tenendo presente che ad oggi, per mantenere il livello di copertura indicato dalla regione, è prevedibile un fabbisogno aggiuntivo annuo di 50/60 posti letto e che è indispensabile prevedere una adeguata consistenza di ulteriori posti letto per il sollievo delle famiglie;
- definizione condivisa con i soggetti della partecipazione e della società civile di **regolamenti unici distrettuali** per l'accesso ai servizi ed alle strutture e loro coordinamento a livello di Conferenza SST, anche sulla base di un unitario sistema di valutazione del bisogno socio-assistenziale e/o per l'applicazione dell'ISEE o di altri criteri sempre più aderenti alla oggettività delle diverse condizioni individuali e di nucleo.

Per quanto concerne i **disabili**, pur essendo questi numericamente inferiori agli anziani e pur non esistendo al momento liste di attesa per l'accesso ai servizi, dobbiamo essere consapevoli di quanto sia importante accrescere anche di poco la loro autonomia (ricchezza individuale, sociale ed economica) ed aiutare la famiglia, in modo particolare le donne su cui ancora oggi ricade la quasi totalità dell'impegno di cura nella gestione di un peso a volte enorme e disestante che permane per tutta la vita.

Ecco quindi alcune specifiche indicazioni:

- **inserimento scolastico e inserimento lavorativo** per conseguire il massimo sviluppo delle potenzialità e l'uso produttivo delle capacità disponibili, in una traiettoria di raggiungimento, conservazione e crescita dei migliori livelli realisticamente possibili di autonomia. Ciò comporta un elevato coordinamento/integrazione dei servizi scolastici, sociali e sanitari da un lato e dall'altro un tenace sviluppo degli inserimenti lavorativi promuovendo un apposito congiunto impegno in tal senso di tutti i soggetti che possono contribuirvi (Provincia, Comuni, Azienda Sanitaria, Cooperazione Sociale, Centri per l'impiego, Organizzazioni di categoria, Sindacati,...), tenendo presente la possibilità di affidamenti diretti alla cooperazione sociale e che in questo ambito è assolutamente indispensabile una **adeguata politica dei trasporti**.
- **sviluppo diversificato delle reti dei servizi** in ragione delle peculiarità locali, delle esigenze di flessibilità e per drenare le richieste di ricovero in struttura, adattamento/riprogettazione a fronte dell'invecchiamento degli assistiti, sperimentazione di servizi a bassa soglia per situazioni meno gravi;
- **completamento dell'offerta di strutture** residenziali (nei distretti che ne sono sprovvisti) allo scopo di corrispondere ad un tendenziale trend di crescita della domanda, di offrire sollievo anche temporaneo alle famiglie, di attrezzarsi per il "dopo di noi", riservando una specifica attenzione al crescente numero di casi con gravissima disabilità acquisita ed adottando sistemi gestionali a moduli estremamente flessibili;
- continuità/sviluppo delle politiche di superamento delle **barriere architettoniche**;

## **2.4.- ACCOGLIENZA, INTEGRAZIONE, CONTRASTO ALLA POVERTÀ ED ESCLUSIONE SOCIALE**

---

<sup>6</sup> Il 60% del tempo di cura a favore dei soggetti non autosufficienti è messo a disposizione dai famigliari ed il 30% dalle c.d. badanti. Questa ultima percentuale tende però a comprimersi non perché stia diminuendo il bisogno ma perché non tutte le famiglie se lo possono permettere.

L'integrazione di razze e culture diverse può anche avvenire spontaneamente ma nel lunghissimo periodo ed a prezzi altissimi (paura, isolazionismo, disuguaglianza, xenofobia, sopruso, violenza).

Certo è che nessun processo di immigrazione è mai stato impedito o tanto meno respinto.

L'unica strada resta perciò quella di "governare" il fenomeno nei due elementi della sicurezza (illegalità - ritmi e dimensioni dell'afflusso) e dell'integrazione (accoglienza, acculturamento, stessi diritti/doveri, supporto dei servizi e della società civile). E poiché, quantomeno nella fase iniziale, le condizioni di bisogno sono decisamente più elevate nella popolazione immigrata, ecco che è giusto e doveroso dedicare ad essa quote significative della solidarietà collettiva.

Questo è l'atteggiamento che già da tempo è stato assunto e seguito dagli Enti Locali del nostro territorio e questa è la linea su cui camminare anche in futuro.

Ai fini dell'integrazione degli stranieri i più significativi terreni di lavoro sono:

- **l'integrazione sociale**, attraverso iniziative e strumenti di conoscenza, scambio, acculturamento ( a partire da lingua, cultura civica, funzionamento e assetto delle istituzioni, ....) ed esperienze di partecipazione (sportiva, ricreativa, civile,....). Fondamentale in questo senso è agire sui minori e **agire soprattutto sulle donne straniere** che possono svolgere un ruolo strategico nei processi di integrazione per il peso che hanno nell'educazione dei figli e nella stabilità della famiglia<sup>7</sup>;
- **facilitazione dell'accesso ai servizi**, in particolare a quelli scolastici, extra scolastici educativi, sociali e sanitari (specie medicina di base e pronto soccorso), mediante formazione di insegnanti, educatori, assistenti sociali, medici ed infermieri; idonei strumenti comunicativi, segretariato sociale, figure di **mediazione linguistica e culturale**, flessibilità;
- **promozione della salute** dei minori, delle donne e dei soggetti fragili (profughi, vittime della tratta e della violenza, disabili, ....).

Sullo specifico versante della povertà e della esclusione sociale, che in questi ultimi tempi sta colpendo sempre più anche ampie fasce della nostra popolazione,<sup>8</sup> sono necessarie azioni di sistema tese ad intervenire sui principali determinanti e sulle condizioni di povertà estrema, ovvero:

- **politiche per l'accesso alla casa**. Questo problema investe anche fasce sociali relativamente meno povere e l'insufficienza strutturale della risposta pubblica (di alloggi e di contributi per l'affitto) chiede la promozione e/o lo sviluppo di azioni innovative anche rivolte al mercato privato, di intesa con la proprietà immobiliare;
- **politiche per l'accesso al lavoro** attraverso azioni incentivanti per l'inserimento nel mercato ordinario dei soggetti svantaggiati attraverso attività formative propedeutiche all'inserimento, da svilupparsi in accordo e con il coinvolgimento delle organizzazioni economiche, produttive e del Terzo Settore nonché iniziative di facilitazione dell'incontro domanda/offerta;
- **equa determinazione delle rette** e sostegno economico vitale nelle situazioni di marginalità estrema, ivi compresi nomadi e detenuti;
- attenta osservazione e costante **monitoraggio della povertà** nei diversi ambiti distrettuali nelle sue dinamiche quali/quantitative attraverso sistemi di osservazione integrati, in grado di cogliere anche nelle pieghe nascoste del pudore e della riservatezza;

---

7 Vedi: "Piano strategico per l'integrazione delle donne immigrate "( Deliberazione del Consiglio Provinciale n. 80 del 28 maggio 2008)

8 La società modenese, prima caratterizzata da alto reddito e bassa disuguaglianza, sta rapidamente cambiando. Pur mantenendosi alto il livello medio di benessere, le disuguaglianze stanno crescendo in modo significativo. Dal 2002 al 2006 la percentuale di poveri a Modena è aumentata di quasi 3 punti. Pur essendo il nostro tasso di povertà relativa (6,6%) più basso di quelli nazionale ( 19,6%) e del nord ( 8,2%), la Provincia Modenese risulta in controtendenza rispetto alle dinamiche nazionali i cui indici sono sostanzialmente stabili. (indagine ICESmo 2006).

## LE POLITICHE SANITARIE INTEGRATE

L'integrazione delle politiche sociali con quelle sanitarie non deve essere attuata soltanto sui terreni che per loro natura comportano una elevata, contemporanea e imprescindibile confluenza dell'una e dell'altra tipologia di intervento. Anche laddove questa confluenza immediatamente non appare, sussiste comunque un obbligo di coerenza delle reciproche strategie, non foss'altro che per dare consistenza e forza al disegno complessivo di un sistema di reti integrate sociali e sanitarie, ospedaliere e territoriali.

Ed è in questa ottica che vengono di seguito affrontati i più rilevanti aspetti specifici dell'ambito sanitario.

### 1 – LE LINEE DELLO SVILUPPO

Dando perciò per acquisite le consistenti ed articolate indicazioni che ci provengono dal nuovo PSSR nonché gli obiettivi assegnati dalla Regione alla Direzione Generale della Az. USL le linee su cui indirizzare il mantenimento e lo sviluppo del nostro sistema sanitario provinciale potrebbero essere grossolanamente così sintetizzate:

- **valorizzare e potenziare la dimensione territoriale in termini di integrazione strategica, programmatoria, operativa e finanziaria** con il sistema degli Enti Locali non solo sul versante delle reciproche competenze socio-sanitarie ma anche ed in particolare per quanto attiene un unitario consistente impegno per la qualificazione, lo sviluppo e soprattutto l'innovazione dell'assistenza sanitaria di base e delle cure primarie. In tale contesto determinante è la piena valorizzazione del ruolo del Distretto nella sua dimensione di rappresentanza complessiva dell'Azienda in quel territorio, di programmazione e committenza sanitaria, di governo dell'assistenza primaria e di sviluppo dell'integrazione;
- **rivedere la consistenza, i rapporti, gli specifici contenuti della rete ospedaliera** provinciale e di ogni singolo stabilimento, ivi compresa Azienda Policlinico "e privati", seguendo il criterio delle reti cliniche integrate, il modello Hub and Spoke e la costante integrazione/continuità dei processi assistenziali con il territorio, dedicando una particolare attenzione al governo clinico, alla qualità delle prestazioni ed alla integrazione intra ed interaziendale.

Linee che tenendo conto delle variazioni demografiche e del forte incremento della cronicità già descritte nel Profilo di Comunità possono essere un po' più accuratamente motivate e precisate nel modo che segue.

#### 1. 1 – LA CENTRALITA' DEL TERRITORIO

Deve essere riservata una attenzione prioritaria, sia sotto il profilo organizzativo che in particolare delle risorse, a tutte le tematiche proprie della competenza territoriale poiché è dallo sviluppo di queste che dipendono il successo delle politiche di prevenzione, di contrasto e contenimento delle disabilità, di rafforzamento qualitativo ed equitativo delle reti sanitarie, sociale e socio-sanitaria, di qualificato adeguamento della rete ospedaliera nonché di contenimento relativo dei costi e di più elevato gradimento del sistema da parte della popolazione.

Una attenzione che, coordinata e supportata a livello sovrazonale e strutturata nei Comitati ed Uffici di Piano Distrettuali attraverso il metodo della "programmazione integrata" (ampio coinvolgimento dei più significativi attori della comunità), dovrà concentrarsi soprattutto su:

- **prevenzione** - Interventi volti ad evitare o ridurre l'insorgenza di patologie (status e cultura della sicurezza: sul lavoro, stradale, domestica – determinanti ambientali e stili di vita - malattie cardiovascolari – malattie croniche e tumorali – salute riproduttiva – aree fragili- ...);

- **mantenimento dell'autosufficienza** - Sviluppo della continuità assistenziale, sociale e sanitaria, attraverso ausili tecnologici, riabilitazione, supporto alle famiglie, sostegno al reinserimento civile e produttivo, anche nei confronti di coloro che a causa di eventi incidentali o patologici hanno subito una disabilità permanente o temporanea;
- **integrazione operativa, sociale e sanitaria**, nelle aree dei bisogni più complessi (maternità/infanzia/adolescenza, anziani, disabili, e soprattutto le situazioni di multiproblematicità.....)<sup>9</sup>, attraverso strumenti espliciti (accordi, protocolli, gruppi ed équipes multidisciplinari,...) in grado di valorizzare il ruolo delle famiglie, coinvolgere le altre ricchezze del territorio (volontariato, terzo settore, ....) e di dedicare una particolare attenzione alle nuove necessità portate dalla popolazione immigrata, dalle giovani coppie con figli minori, dall'aumento del lavoro di cura in ambito familiare;
- **scelta della domiciliarità** come riferimento strategico permanente e conseguente accurata integrazione dei processi da e per gli stabilimenti ospedalieri nonché sperimentazione di nuove modalità operative che incentivino e sostanzino questo obiettivo;
- **facilitazione dell'accesso ai servizi**. Le difficoltà di accesso creano disuguaglianza di diritti e di risposta. La semplificazione dei percorsi, l'informazione adeguata e tempestiva sull'offerta dei servizi, il sostegno al trasporto sociale, la **polifunzionalità degli sportelli**, la **presa in carico del cittadino** – specie anziani e disabili – concorrono alla equità ed appropriatezza degli interventi. Queste azioni, assieme alla responsabilizzazione dei prescrittori e dei cittadini, potranno tra l'altro contribuire alla riduzione delle liste d'attesa. In questo ambito deve essere perseguito anche un forte raccordo operativo, quando non l'unificazione, con gli "sportelli sociali" dei Comuni (vedi specifici indirizzi regionali);
- **sviluppo delle Cure Primarie**. La creazione dei Nuclei di Cure Primarie quale aggregazione funzionale, ovvero clinica, dovrà ora svilupparsi in direzione di una "**aggregazione strutturale**", ovvero di dislocazione fisica dei professionisti e di altri operatori, in grado di caratterizzarsi per visibilità (unica sede), accessibilità (ore di apertura al pubblico), e polifunzionalità (più elevate e molteplici tipologie di risposta).  
Intorno a MMG, PLS e Continuità Assistenziale, strutturalmente aggregati, si potranno organizzare l'assistenza infermieristica, l'implementazione del "programma Leggeri" con la salute mentale, gli accessi al sistema dei servizi sociali, sanitari e socio-sanitari nonché talune forme di assistenza specialistica. Un percorso non facile ma necessario, per la cui realizzazione è indispensabile un **deciso, tenace impegno di volontà e finanziario anche degli Enti Locali**.  
Da questa nuova modalità, come hanno già dimostrato alcune esperienze, potranno scaturire significativi successi in termini di servizio all'utenza (a partire dalle medie e piccole realtà territoriali) di qualità unitarietà ed integrazione degli interventi, di ottimizzazione dell'uso delle risorse, di contributo alla rivisitazione/qualificazione della rete ospedaliera e perché no di consenso sociale;
- attenzione alla **specificità della montagna** sia per quanto concerne i servizi di emergenza-urgenza che per l'utilizzo delle nuove tecnologie sanitarie di rete;
- piena attuazione del **passaggio della medicina penitenziaria** dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (DAP) all'Azienda USL, nell'ambito prevalente delle Cure Primarie.

## 1.2 - LA QUALIFICAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA

La scelta modenese di un sistema ospedaliero a rete, basato sul criterio delle "reti cliniche integrate" secondo il modello "Hub and Spoke", ha radici lontane e trova oggi piena conferma nel nuovo PSSR.

Su queste basi, in poco più di un decennio, il nostro territorio ha potuto tenere testa ad una profonda trasformazione quali-quantitativa dei bisogni ed attivare/sviluppare importanti processi di innovazione e crescita organizzativa, strutturale e professionale, pienamente

<sup>9</sup> Vedi appositi capitoli

allineati con le più importanti rapide conquiste scientifiche e tecnologiche.

Molti dei processi allora iniziati sono tuttora in fase di realizzazione ed altri, in conformità al nuovo PSSR, dovranno essere attivati in un quadro in cui il sempre più stringente vincolo del rapporto tra necessità e risorse chiede innovazione, velocità e incisività di cambiamento.

Poichè la realizzazione dei nuovi ospedali di Baggiovara e Sassuolo è pressoché uscita dalla fase di start-up ed i costi dell'offerta ospedaliera complessiva, compreso il privato, possono ormai essere considerati a regime, si rende ora necessaria una **riflessione complessiva sia sulla mission che sulle dotazioni dell'intera rete.**

Una riflessione che, superando definitivamente una organizzazione degli stabilimenti per specialità rigide, ne ridefinisca i contenuti in ragione dei saperi, delle responsabilità cliniche, dei ruoli, lungo molteplici assi Hub and Spoke che, attraversando i muri di tutti gli stabilimenti, si estendono e collegano anche con il più piccolo nodo territoriale.

Una riorganizzazione complessiva che assuma a riferimento il paziente e l'intensità di cura, la continuità assistenziale (interna – tra stabilimenti e soprattutto con il territorio), la gestione per processi, la circolazione dei professionisti e l'osmosi delle conoscenze.

Dovranno tra l'altro essere valutate **la eliminazione delle duplicazioni ancora esistenti**, la valorizzazione delle eccellenze già in atto, il fabbisogno attuale e futuro di letti chirurgici rispetto ai letti di area medica specie per post-acuti e lungodegenti ospedalieri; questi ultimi anche in ragione dell'intreccio con la lungoassistenza territoriale.

Il necessario prevalere degli aspetti di qualità, funzionalità e costo non significherà necessariamente disomogenea distribuzione sul territorio delle risposte alle esigenze di base dei cittadini ma al contrario, anche attraverso la qualificazione della rete ospedaliera, potranno essere sviluppati e potenziati i servizi specialistici e non che arricchiscono il patrimonio locale delle comunità.

Immediatamente funzionali al disegno sono:

- un più deciso dialogo e collegamento tra ospedale e territorio come punti di un sistema integrato di cura che non dovrebbe avere soluzione di continuità sia nella fase di ricovero che di dimissione;
- la ricerca di modelli organizzativi all'interno dell'ospedale che siano più corrispondenti alla presa in carico professionale della persona ammalata e al dialogo con gli altri soggetti del sistema curante;
- l'attuazione delle semplificazioni/integrazioni gestionali già convenute tra Az.USL ed Az. Policlinico;
- una potente accentuazione dei processi di integrazione tra gli stabilimenti, pubblici e privati, e di questi con i servizi territoriali;
- l'avvio delle ulteriori semplificazioni possibili e contemporaneamente delle qualificazioni atte a continuare nel trend di diminuzione della mobilità passiva;
- una più esatta precisazione del ruolo dei singoli stabilimenti all'interno della rete;
- il rafforzamento del governo clinico e la sistematicità dei controlli sulla appropriatezza;
- la rivalutazione, in sede di Area Vasta, di alcune funzioni per le quali i cambiamenti intervenuti nelle tecnologie e nei processi di cura suggeriscono soluzioni e reti sovraziendali.

Un percorso indubbiamente impegnativo, che apre una sorta di **nuova fase nelle politiche sanitarie del territorio modenese**, da condursi in sintonia e con il determinante contributo delle istituzioni locali, degli operatori e delle rappresentanze sociali, nella coscienza che soltanto in questo modo saranno possibili l'apertura di nuovi spazi per i professionisti, il riequilibrio dei costi, l'autosufficienza e lo sviluppo del sistema.

### **1.3 - GLI INVESTIMENTI**

La realizzazione dei nuovi ospedali ha pressoché totalmente assorbito le capacità di

indebitamento della AUSL mentre non esistono al momento certezze sui futuri finanziamenti statali.

Oltre a ciò va tenuto presente che i soli interventi di manutenzione (strutturale e tecnica) dell'esistente sottraggono alle Aziende Sanitarie dai 15 ai 20 milioni di € annui.

Ciononostante un forte processo di innovazione difficilmente può prescindere da altrettanto impegnativi programmi di investimento.

Se da un lato è quindi opportuno **sostenere l'innovazione e la ricerca** anche attraverso sinergiche collaborazioni con le industrie di settore, dall'altro è indispensabile una accurata, approfondita **riflessione interna all'intero sistema pubblico provinciale** e con la Regione che, partendo dalle operazioni più urgenti e/o produttive nel rapporto costo/beneficio, precisi e definisca le priorità, secondo le traiettorie già descritte, ivi comprese le più significative manutenzioni.

In tale direzione dovranno tra l'altro collocarsi:

- la valutazione preventiva delle ricadute dell'impatto dell'innovazione sia in termini economici che organizzativi;
- la razionalizzazione delle sedi amministrative e logistiche delle due Aziende,
- l'accorpamento, funzionale ed identitario, in un'unica sede delle attività e dei servizi sparsi di alcuni Distretti,
- il Piano Direttore della Azienda Policlinico,
- la valutazione del fabbisogno di adeguamenti strutturali per gli stabilimenti ospedalieri, anche in relazione ai requisiti previsti per l'accreditamento ed in una logica di reale, equilibrata ed efficiente attuazione del modello a rete.

## 2 – ALCUNE SPECIFICITA'

### 2.1 – SALUTE, SICUREZZA E STILI DI VITA

Molti degli odierni indirizzi regionali e locali coincidono o comunque confermano la perdurante validità di gran parte delle priorità strategiche a suo tempo individuate con il Piano Provinciale per la Salute: l'attenzione alle fasce deboli (infanzia, adolescenza, disabili, donne, anziani), alle patologie prevalenti (cardiovascolari, neoplasie, respiratorie, AIDS e malattie rare), agli eventi infortunistici (stradali, sul lavoro e domestici), all'esigenza di integrazione e sussidiarietà di intervento tra il sociale e il sanitario, al più ampio generale valore della prevenzione e del recupero.

Gran parte di questi aspetti vengono affrontati in altre parti del documento. In questa sede si sottolineano quindi alcuni elementi specifici ritenuti meritevoli di attenzione.

Innanzitutto il rilievo che le politiche di prevenzione rivestono per la costruzione di un nuovo welfare. Ciò è sottolineato dal nuovo PSSR attraverso l'indicazione di nuove prospettive e di un nuovo ruolo per l'area della sanità pubblica e veterinaria, indirizzata appunto verso una funzione di tutela globale della salute individuale e collettiva.<sup>10</sup>

Una sottolineatura che ci indica anche come il "piano regionale della prevenzione" debba essere collocato, nei piani triennali ed annuali di zona, all'interno di questa logica.

In altre parole **ridare slancio alle logiche del PPS** indirizzando unitariamente gli interventi di ciascuno sui determinati di salute, monitorando gli eventi non solo sul versante della mortalità ma anche di quello del sorgere e dell'evolversi delle cosiddette **patologie prevalenti**.

In questo contesto una particolare attenzione deve essere riservata all'area delle **malattie cardiovascolari** che, in quanto seconda causa di morte, chiedono un significativo congiunto impegno delle Aziende Sanitarie, degli Enti Locali, delle Associazioni e dei Privati allo scopo di potenziare e massimizzare l'efficacia delle molteplici, sperimentate o nuove tipologie di intervento necessarie.

Le iniziative di sensibilizzazione e di educazione sanitaria assieme alle conquiste scientifiche, stanno quantomeno contenendo la curva tendenziale di alcune di queste patologie e di alcuni **eventi infortunistici**.

La loro incidenza è però ancora estremamente significativa se solo si considera che più del

---

10 "...garantire l'esercizio delle funzioni di analisi, promozione, orientamento, assistenza e vigilanza sui problemi di salute...sui fattori determinanti la salute di una collettività...costruendo e/o partecipando ad alleanze con tutti i soggetti coinvolti...(apportando) una visione di sanità pubblica anche all'interno dei processi assistenziali...rispondendo anche ai problemi della cronicità..." (PSSR 2008 - 2010).

75% dei decessi ed oltre il 50% del valore finanziario delle prestazioni ospedaliere sono riconducibili a tali categorie causali.

Queste patologie ed incidenti producono spesso effetti di lunga quando non di permanente disabilità, che impattano pesantemente sulle condizioni di benessere personale e della famiglia, determinando situazioni che richiedono un forte sostegno sociale.

Ecco quindi la duplice esigenza da un lato di prevenire e dall'altro di assicurare idonee **risposte ad dopo evento** ovvero di garantire una vera unitarietà/continuità di cura anche nei confronti delle situazioni passibili di recupero.

Ridurre il peso e la durata della disabilità (riabilitazione, presidi, sussidi, ...) accelerando la riacquisizione delle migliori condizioni possibili di autonomia, non rappresenta soltanto un dovere assistenziale, fonte di incrementi di spesa ma anche una efficiente modalità di contribuire all'arricchimento collettivo ed alla riduzione degli assai probabili successivi costi sanitari e sociali.

Da ultimo, ma non per importanza, la necessità di essere adeguatamente attrezzati nei confronti delle **nuove patologie** sia di importazione (Chikungunja, Dengue, Westnile) che di ritorno (TBC...), in quanto queste sono per lo più contagiose/epidemiche, estremamente virulente, quando non addirittura invalidanti o letali.

La disponibilità di professionisti e di sistemi organizzativi esperti, in grado di riconoscere e isolare tempestivamente i fenomeni, di curare gli ammalati e soprattutto di prevenire l'insediamento e il diffondersi di eventuali contagi, costituisce un dovere ineludibile per tutti.

Gli impegni devono quindi essere, da un lato quello di proseguire e crescere nella promozione di azioni informative, formative, di contrasto e di controllo sia per quanto attiene gli stili di vita, la salute collettiva ed i comportamenti e dall'altro, quello di attivare efficienti azioni di monitoraggio sull'evolversi della casistica e sulla efficacia delle iniziative intraprese.

## **2.2 – SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE**

Oggetto di un apposito capitolo del nuovo PSSR, anche per il nostro territorio è opportuno un momento di particolare attenzione sulle tematiche della sofferenza mentale e delle tossicodipendenze.

Il Dipartimento di Salute Mentale (Psichiatria - Neuropsichiatria Infantile - Psicologia Clinica - Dipendenze Patologiche) ha alle spalle un notevole lavoro di riorganizzazione e riordino delle diverse tipologie di risposta ma, anche in forza delle vistose trasformazioni socioeconomiche in atto, i problemi non mancano.

Lo studio PASSI del 2007 riferisce che il 10% degli intervistati ha dichiarato sintomi depressivi per almeno 2 settimane negli ultimi 12 mesi. I TSO sono stabili negli ultimi anni, molte cronicità e l'invecchiamento disestano l'equilibrio delle famiglie, la povertà e la marginalità (immigrati) aumentano gli effetti psicopatologici e l'inserimento lavorativo è difficile e complesso. Analogamente si registrano incrementi e soprattutto innalzamento della fascia di età per quanto concerne l'area delle tossicodipendenze.

Ancora una volta **le parole chiave sono prevenzione/cura/reinserimento** tenendo però presente che se la cura è fondamentale, qui più che altrove è nella prevenzione e nel reinserimento che risiedono le maggiori potenzialità di risultato, soprattutto sociale.

### **Il metodo imprescindibile è quello della integrazione:**

- integrazione trasversale ai diversi settori del DSM allo scopo di conseguire sinergie, anche culturali, rispondenti ad una concezione allargata di benessere psicologico, relazionale e sociale;
- integrazione con il Dipartimento delle Cure Primarie ed al suo interno con i medici MG e PLS, allo scopo di supportare i professionisti del territorio nella loro capacità/dovere di contribuire, in modo diffuso e generalizzato ad una più tempestiva ed efficace lotta alla sofferenza mentale, specie per quanto concerne gli esordi psicotici e la domiciliazione delle cronicità (Programma Leggieri);
- integrazione con il più vasto sistema dei Servizi e delle strutture Aziendali al fine di evitare eccessi di frazionamento specialistico, specie nei casi multiproblematici e varchi o interruzioni nella continuità assistenziale;
- più ampia, imprescindibile integrazione operativa, di ruolo, culturale e finanziaria con il sistema dei servizi sociali nonché con le famiglie, il volontariato, le imprese, allo scopo di dare pienezza di contenuti e valore aggiunto a tutti gli interventi.

Su queste basi si individuano **alcuni più precisi obiettivi operativi**.

Per la **Salute Mentale**:

- sviluppare un più efficace radicamento territoriale nei Distretti e nelle Aree;
- migliorare la risposta all'emergenza urgenza psichiatrica;
- potenziare le risposte ausiliarie, socio-sanitarie integrate, specie domiciliari;
- razionalizzare le strutture residenziali, arricchendo la presenza di quelle a bassa intensità assistenziale, anche allo scopo di dare una risposta alla cronicità e lungoassistenza psichiatrica, quali-quantitativamente sempre più rilevante;
- snellire i percorsi di trattamento dei pazienti anziani con disturbi cognitivi o demenza;
- piena integrazione dell'assistenza psichiatrica ai detenuti;
- impegno integrato, sociale-sanitario e terzo settore per la riabilitazione ed il reinserimento lavorativo nonché investimenti congiunti dedicati ad assicurare opportunità di lavoro protetto;
- costruzione di risposte specifiche a domande di cura emergenti.

Per le **Dipendenze Patologiche**:

- tenere alto il contatto con la realtà territoriale, ivi compresi MMG, per dilatare consapevolezza e contrasto precoce in contesti non stigmatizzanti;
- programmi integrati con OOSS, Associazioni di categoria, Università,..... per raggiungere anche la casistica più adulta;
- impegno integrato sociale-sanitario per la riabilitazione ed il reinserimento lavorativo.

Per ambedue i settori, intensa attività di **formazione congiunta** dei diversi professionisti interessati, volta alla condivisione di metodi, strumenti e procedure di lavoro (protocolli/accordi/.....) ed alla verifica dei risultati.

### **2.3 – MATERNITA' E INFANZIA**

Nelle direttive concernenti la redazione del profilo di comunità, la RER ha voluto dedicare una particolare attenzione a questa area.

Ecco quindi che alle più generali indicazioni contenute in altri capitoli si aggiungono ulteriori precisi elementi di valutazione/indirizzo provenienti dalla specificità del lavoro consultoriale.

Il territorio modenese presenta oggi le seguenti principali caratteristiche:

- negli anni le gravide in carico ai consultori provinciali sono aumentate, con il dato più elevato a livello regionale. Le donne emigrate rappresentano il 47% degli utenti;
- a fronte dell'aumento delle gravidanze è aumentata la complessità dell'assistenza (che deve avvalersi di percorsi di mediazione, di percorsi socio assistenziali in integrazione con gli enti locali e di percorsi per le gravidanze a rischio);
- nei prossimi anni è prevedibile un aumento dei nati, in particolare da donne immigrate, ed un aumento della complessità dei bisogni portati dalle donne e dalle coppie nel percorso nascita;
- nell'assistenza al travaglio di parto è importante proseguire nel lavoro di promozione dell'appropriatezza e del controllo del dolore nel parto;
- nell'applicazione della legge 194 si può prevedere una sostanziale stabilizzazione, se non anche una riduzione del fenomeno, purchè gli interventi preventivi sulle popolazioni a rischio siano rafforzati ed intensificati.

Acquisito come presupposto l'obiettivo **"prevenzione, educazione e sostegno alla maternità"**, si evidenziano, in un contesto di valorizzazione del ruolo dei consultori, i seguenti più precisi terreni di lavoro:

- miglioramento dell'assistenza alla nascita sia per appropriatezza degli interventi che per la parte informativa e di promozione di scelta consapevoli da parte delle donne e delle coppie;
- rinnovo dell'impegno alla piena applicazione della legge 194, realizzando politiche integrate e programmando percorsi assistenziali integrati con tutti i soggetti pubblici e privati coinvolti;
- miglioramento dell'assistenza alle coppie con problemi di fertilità, realizzando percorsi

assistenziali integrati con particolare attenzione all'informazione e al sostegno della coppia;

- miglioramento delle attività di prevenzione e promozione alla salute sessuale e riproduttiva individuando nuove modalità di coinvolgimento dei giovani adolescenti, della popolazione immigrata (prevenzione aborto terapeutico, contrasto alla infibulazione/circoncisione...) e di altri gruppi svantaggiati;
- ulteriore miglioramento dell'adesione agli screening dei tumori femminili;
- consolidamento dell'attività psicologica consultoriale sia per la parte assistenziale che preventiva, anche in integrazione con i centri per le famiglie.

#### **5.4 – LUNGOASSISTENZA, HOSPICE E CURE PALLIATIVE**

Nella realtà modenese l'approccio palliativo si è sviluppato ormai da anni non solo all'interno dei servizi specialistici di ambito oncologico ed in alcuni centri ospedalieri di terapia del dolore, ma soprattutto nel contesto dell'assistenza domiciliare, secondo il modello organizzativo delle reti integrate di servizi, offrendo buone garanzie di risposta organizzativa ed assistenziale nonché di equità clinica ed etica in tutto il territorio provinciale.

L'esperienza dell'assistenza domiciliare integrata dei pazienti oncologici (NODO) e i dati sulla capacità di mantenere il paziente al domicilio sino alla fine, se pur diversi da Distretto a Distretto, testimoniano la complessiva adeguatezza del sistema che peraltro assicura i trattamenti palliativi anche all'interno di strutture protette e case di riposo.

Per quanto concerne l'assistenza residenziale è disponibile un Hospice oncologico ospedaliero funzionante presso il COM del Policlinico, attualmente in grado di soddisfare la richiesta.

La **centratura del sistema delle cure palliative sugli interventi domiciliari e territoriali**, oltre ad essere in tal modo sostenibile e ad offrire una risposta più rispondente alle aspettative della maggior parte dei pazienti e loro familiari ( ...morire nel proprio letto...), sta contribuendo ad una più generale crescita della sensibilità e dell'attenzione dei professionisti nei confronti del "dolore" e quindi delle modalità e degli strumenti per contrastarlo, anche oltre la casistica oncologica.

Per la realizzazione ed il funzionamento di una adeguata rete territoriale di cure palliative, l'USL ha infatti impostato e tiene attivo un complesso sistema di **formazione, strutturata** e omogeneamente diffusa su tutto il territorio aziendale, rivolta ai Medici di Medicina Generale e delle strutture, agli infermieri dei servizi territoriali e delle case protette, al personale di assistenza, agli specialisti di supporto ecc.; e ciò contribuisce anche al radicamento di quei principi di unitarietà/continuità assistenziale di rispetto/tutela complessiva della persona che non a caso rendono questa area tra le più apprezzate dalla popolazione (segnalazioni di gradimento, elogi e donazioni).

Non vi è quindi dubbio che anche la politica degli Hospice deve essere condotta in direzione delle **soluzioni extra ospedaliere**, in parallelo a quanto già previsto per la lungoassistenza.

Su quest'ultimo argomento ovvero per quanto concerne la lungoassistenza nei confronti del crescente numero di persone affette da gravissima disabilità ( stati vegetativi, tracheotomia e/o dipendenze da ventilatori ...), si confermano i contenuti del Piano aziendale già approvato dalla CTSS nell'anno 2006, anche in questo caso orientati alla valorizzazione delle soluzioni domiciliari che però, in quanto spesso pesantissime, devono essere alleviate e sostenute da riferimenti organizzativi e professionali certi all'interno di tutto il sistema aziendale. E quando l'assistenza al domicilio non è sostenibile dalla famiglia per debolezza strutturale o complessità sanitaria, devono essere disponibili in modo diffuso sul territorio (vicinanza alle famiglie), posti residenziali appositamente dedicati a questa casistica, così come appunto previsto dal citato programma 2006.

Il nuovo Piano afferma: "...la promozione del ben-essere richiede interventi capaci di coinvolgere e mobilitare risorse diverse ( pubbliche, del terzo settore, della solidarietà spontanea e non organizzata , private, ecc.), ricercando l'integrazione delle politiche sociali con le politiche sanitarie e di queste con le politiche ambientali, urbanistiche, abitative, formative, occupazionali, sportive e culturali...".

E' da questa filosofia/visione strategica che discendono l'intera impostazione del nuovo PSRR e in particolare il senso dei contenuti che siamo chiamati a conferire alla sua parola chiave "integrazione"; integrazione a tutto campo: istituzionale, comunitaria, gestionale e professionale.

Le indicazioni sviluppate nelle parti precedenti del presente documento, vanno in questa direzione e sono particolarmente attente agli obiettivi di integrazione gestionale, comunitaria e professionale.

Ma ancorchè riferite ad un arco temporale di 3 anni, la quantità e la complessità delle azioni da mettere in campo, attivare e far procedere nel prossimo periodo è decisamente impegnativa, anche perché su taluni argomenti la Regione è intenzionata a procedere con discreta celerità.

Ciò comporta l'imprescindibilità e l'urgenza della **integrazione istituzionale**, intesa sia come volontà politica di procedere che come idoneità degli strumenti necessari per attuarla.

## **1 – COMPLETARE E RAFFORZARE GLI STRUMENTI DELLA NUOVA GOVERNANCE.**

Quanto sopra chiama in causa il **nuovo assetto della governance** voluto dal Piano: il Comitato di Distretto con il suo Ufficio di Piano, la Conferenza Socio Sanitaria Territoriale con il suo Ufficio di Supporto, il Sistema delle relazioni orizzontali e verticali, ivi comprese quelle con il livello regionale e la sua Cabina di Regia; chiama in causa **le persone** che devono attuarla poiché, specie in questa fase di avvio servono figure in grado di interpretare in modo nuovo il ruolo richiesto e di fungere da catalizzatori dei nuovi processi programmatici; chiama in causa il **metodo** di lavoro poiché benessere ed integrazione non possono essere conseguiti senza un reale ampio coinvolgimento negli strumenti della governance delle figure, dei ruoli e delle rappresentanze che tale benessere ed integrazione devono o possono contribuire a realizzare.<sup>11</sup>

Molti processi sono stati avviati ma, e in modo diverso nei vari territori, esiste comunque una certa discrasia tra complessità, quantità, ritmi delle cose da fare e maturazione del sistema per portarle avanti.

E' perciò necessario un significativo lavoro di **completamento e rafforzamento di tutti i punti nodali del nuovo assetto**

### **1.1- COMITATI DI DISTRETTO**

E' qui che già oggi si concentrano importanti competenze/poteri (pianificazione, FRNA, ... ), destinati ad aumentare significativamente anche nel breve periodo ( Fondo Sociale,...).

Non tutti i Comitati di Distretto hanno la stessa operatività, funzionalità, gli stessi indici di attiva partecipazione; non tutti valorizzano/utilizzano allo stesso modo il ruolo e le responsabilità del Direttore di Distretto e infine non tutti dispongono di una precisa sede di riferimento, di un regolamento, di sistemi e figure definite per convocazioni/verbalizzazioni/determinazioni.

Questo prioritario momento istituzionale **deve perciò essere valorizzato e rafforzato**, tenendo tra l'altro presente che il suo **regolamento** compare tra i traguardi 2008 e che le sue competenze sono destinate a spostarsi su un preciso obiettivo di sistema: le Unioni Intercomunali.

### **1.2 – NUOVI UFFICI DI PIANO DISTRETTUALI**

Una struttura difficile e delicata ad oggi realizzata con non indifferenti indici di diversità,

---

<sup>11</sup> Ciò è particolarmente necessario a livello distrettuale ove l'assetto istituzionale (Comitato di Distretto), dovrà tenere alto un rapporto di intenso, reciproco coinvolgimento (dalla programmazione alla verifica dei risultati), con almeno due soggetti forti del sistema integrato: la Direzione del Distretto Sanitario, le rappresentanze del Terzo Settore. Non si tratta di un ossequio formale a pur precise previsioni legislative ma molto più semplicemente e concretamente di una esigenza/opportunità affinché le rispettive, autonome potenzialità e conoscenze possano produrre il migliore dei risultati.

complessità e funzionalità nei vari territori.

Le comprensibili legittime aspirazioni di contemporaneamente individuare le professionalità idonee e disponibili, assicurare la continuità dei servizi di provenienza, evitare incrementi di spesa, garantire la rappresentanza degli Enti, ecc. , hanno prodotto soluzioni che **dovranno essere ora oggetto di significativi assestamenti.**

Tra questi alcuni sono decisamente importanti:

- la posizione del Responsabile dell'Ufficio che, in ragione dei carichi di lavoro e per pienezza di appartenenza al nuovo soggetto istituzionale, dovrebbe essere, almeno lui, assegnato a tempo pieno;
- il se pur progressivo netto superamento del permanere sulle stesse figure di compiti propri dell'Ufficio di Piano e compiti di gestione di servizi negli Enti di appartenenza;
- l'esigenza di perseguire adeguati equilibri anche di apporto tecnico tra le rappresentanze distrettuali di Comuni e AUSL e con le altre professionalità chiamate a contribuire ai lavori dell'Ufficio di Piano;
- la disponibilità di un idoneo apparato preposto alla gestione del FRNA , anche per corrispondere in modo adeguato alla meticolosità delle indicazioni e delle richieste regionali in materia;
- la graduale costruzione di un omogeneo sistema di monitoraggio di tutte le funzioni assegnate dal nuovo PSSR , a partire da FRNA e PdZ;
- la tendenziale dislocazione fisica delle funzioni e delle figure interamente o prevalentemente dedicate, a ridosso della responsabilità istituzionale del Comitato di Distretto.

### **1.3- UFFICIO DI PRESIDENZA DELLA CTSS**

**Si profilano tempi sempre più ricchi di competenze ed adempimenti.** Mettere le gambe alla pratica realizzazione dei processi di "integrazione/innovazione" voluti dal Piano, riempirà di complessi e impegnativi obblighi l'esercizio delle funzioni di indirizzo, propulsione, verifica e controllo, assegnate alla Conferenza e al suo Ufficio di Presidenza.

Una buona parte del lavoro potrà essere preordinata e condotta dall'Ufficio di Supporto ma, specie nel primo periodo dedicato alla costruzione di molti assetti e rapporti ( regolamenti, ASP, accreditamento, ...), la presenza di ruoli istituzionali, almeno nelle fasi più delicate del confronto e della progettazione, è ovviamente indispensabile.

E poiché l'Ufficio di Presidenza della CTSS è ordinariamente costituito dai Sindaci dei Comuni capo distretto quindi da figure che in tal modo rivestono contemporaneamente tre ruoli diversi, sarà necessario individuare idonee modalità probabilmente utili anche ai fini della prevista rivisitazione del regolamento.

### **1.4 – UFFICIO DI SUPPORTO ALLA CTSS**

Già da alcuni anni il ruolo di attivare questa nuova funzione è stato affidato, con rapporti di collaborazione, a tre figure di esperti provenienti da responsabilità direzionali nell'ambito degli Enti Locali e della Sanità.

In questo periodo il loro lavoro si è concentrato, da un lato sulla conoscenza non invasiva del sistema, sulla predisposizione delle migliori condizioni di rapporto ed operative necessarie al rispetto di adempimenti e scadenze, sugli aspetti non solo formali di atti e provvedimenti; dall'altro, sulla conduzione diretta promozione/supporto di alcuni importanti percorsi strategici per il ruolo della Conferenza ( Linee programmatiche 2007/2009 per l'avvio e lo sviluppo dell'FRNA- attivazione delle AA.SS.PP – costruzione dei Nuovi Uffici di Piano distrettuali – Profilo di Comunità – Atto di Indirizzo - ...), attraverso metodologie di rapporto e coinvolgimenti attenti allo spirito della condivisione/partecipazione, volti cioè a far nascere relazioni di rete ed a far emergere sensibilità/disponibilità umane e professionali valorizzabili in una logica di Conferenza.

Le pre-condizioni determinate da questo lavoro, le più precise indicazioni regionali in materia e l'entità/complessità degli impegni che ci attendono anche sulla base del presente documento, chiedono ora il **passaggio ad una pur sempre leggera ma più consistente strutturazione dell'Ufficio e della sua operatività:**

- definizione anche formale di una struttura alta dell'Ufficio comprendente per lo più figure dedicate aventi compiti di propulsione e coordinamento, nonché di intenso raccordo con i Responsabili degli Uffici di Piano distrettuali e con i competenti livelli regionali.

- più ampi coinvolgimenti tecnici in riferimento agli specifici filoni di lavoro che saranno via via attivati nel tempo (commissioni, tavoli di lavoro, ...);
- miglioramento del funzionamento attraverso la disponibilità di una segreteria con funzioni anche di recapito/collegamento, operative e di gestione archivi, nonché assegnazione di una sede preferibilmente dislocata a ridosso degli organi istituzionali o a contatto con i principali apparati tecnici provinciali preposti alla gestione delle informazioni;
- conferma e facilitazione degli indispensabili rapporti di comunicazione e collaborazione tra Ufficio di supporto e servizi/figure che operano nei settori di interesse presso Provincia, Aziende Sanitarie, Comuni, ecc.

### 1.5 – IL SISTEMA DELLE RELAZIONI

Durante la costruzione di un nuovo assetto di governance è abbastanza naturale che alcuni passaggi o rapporti trovino ostacoli o si inceppino, per le motivazioni più diverse. Nella nostra realtà, anche attraverso le azioni descritte ai punti precedenti, potranno/**dovranno essere meglio strutturati** a livello tecnico ma anche politico/istituzionale, sia i **sistemi di rapporto verticali** (Distretti-Conferenza-Regione) che quelli **orizzontali** ( Aziende Sanitarie-Conferenza-Amministrazione Provinciale).

Nel nuovo assetto della governance regionale un ruolo molto significativo è rivestito dalla Cabina di Regia e dal suo Comitato Tecnico Scientifico, ove vengono elaborate e da cui provengono la maggior parte delle direttive per la pratica applicazione del nuovo PRSS.

Sarà perciò importante anche per il futuro continuare a garantire se non addirittura accrescere come CTSS di Modena il massimo di rappresentatività, incisività e fluidità comunicativa con questi organismi del livello regionale.

### 1.6 – LA PARTECIPAZIONE ED IL CONFRONTO

La LR. 2/2003 riconosce il ruolo e rilevanza sociale ed economica delle espressioni di auto organizzazione della società civile, con particolare riferimento alle organizzazioni di volontariato, alle cooperative sociali, alle associazioni di promozione sociale; riconoscimento necessario non solo per realizzare una vera partecipazione, ma come già evidenziato in altre parti, per fare fronte a nuovi e rilevanti bisogni che altrimenti rischiano di restare senza risposta.

Ciò comporta un idoneo coinvolgimento delle realtà organizzate del **Terzo Settore** ( Forum) in quanto la costruzione di un "Welfare plurale", così come previsto dalla Legge 328/2000, deve necessariamente portare ad una speciale attenzione nei loro confronti, valorizzandone le capacità e qualità gestionali, oltre che la specifica attitudine a produrre ricchezze relazionali.

La stessa legge riconosce altresì il ruolo di rappresentanza sociale delle **Organizzazioni Sindacali** nella costruzione del sistema integrato degli interventi e servizi sociali e assume il confronto e la concertazione come metodo di relazione con esse.

Nei nostri territori il confronto preventivo e successivo, non solo sui temi del sociale e sanitario, è prassi non formale consolidata da tempo.

L'impegno è quindi quello di proseguire/migliorare questa prassi contemporaneamente, decidendo di **disciplinare le modalità di confronto e partecipazione all'interno dei regolamenti** per il funzionamento dei Comitati di Distretto e della Conferenza.

### 1.7– LE AZIENDE DI SERVIZIO ALLA PERSONA

Il processo di costruzione attivazione va avanti ma non senza difficoltà ed **indici anche assai diversi di contenuto operativo e snellezza di avvio.**

Attraverso lo strumento delle ASP la Regione punta alla realizzazione di aziende multiservizi, coincidenti con l'ambito territoriale del Distretto, orientate al perseguimento sia di obiettivi di qualità che di semplificazione ed efficienza, in una logica di garanzie di sistema in grado di riconoscere anche le capacità gestionali e l'affidabilità di altri supporti gestionali quali in particolare il settore no profit e la cooperazione sociale.

La Provincia, all'interno della CTSS continuerà perciò a svolgere **un'attenta attività di monitoraggio** dei processi distrettuali di aziendalizzazione.

### 1.8– L'ACCREDITAMENTO

Il nuovo assetto normativo per la gestione dei servizi alla persona caratterizzati da prevalente

finanziamento pubblico, prevede appunto il percorso all'accREDITAMENTO, o meglio della "autorizzazione/accREDITAMENTO/contratto di servizio" indicati dalla LR. 2/2003.

AccREDITAMENTO che riguarda in eguale misura il pubblico ed il privato, il sanitario ed il sociale o socio-sanitario. **AccREDITAMENTO come mezzo per la costruzione del sistema a rete, come garanzia della qualità** (no frammentazione dei processi di produzione), come strumento regolatore dinamico dell'offerta.

La Regione ha in corso di emanazione i provvedimenti che definiscono i requisiti e gli standards delle strutture su cui avviare il processo. Sarà compito delle realtà distrettuali dargli corso e la CTSS dovrà esprimere tutte le iniziative di coordinamento, supporto e monitoraggio necessarie.

## **2 - L'IMPORTANZA ED IL RUOLO DI ALCUNI MOMENTI/STRUMENTI OPERATIVI**

Ma oltre all'adeguamento ed alla valorizzazione degli strumenti istituzionali, è opportuno porre in evidenza il peso e il ruolo, anch'esso determinante, di alcuni strumenti/momenti operativi.

### **2.1 - IL FONDO PER LA NON AUTOSUFFICIENZA: UN PROTOTIPO DELL'INTEGRAZIONE GESTIONALE**

La Regione sta attribuendo al FRNA un ruolo di prototipo con cui sperimentare/attivare, se pur settorialmente, tutti i principi e le metodologie tecniche e di relazione che dovranno in futuro caratterizzare l'intero sistema delle attività integrate.

"...L'istituzione da parte della Regione del Fondo per la non autosufficienza presuppone l'adozione di strumenti per il monitoraggio dell'utilizzo di tali risorse attraverso un sistema informativo che rilevi i servizi, gli interventi, le condizioni individuali per l'accesso e gli erogatori.

Per la realizzazione del sistema occorre definire, standardizzare e codificare le modalità di erogazione e delle prestazioni, anche per individuare i costi e le condizioni di partecipazione alla spesa dei cittadini e con l'obiettivo di garantire livelli omogenei nei vari distretti..."

Questo è quanto afferma il PSS Regionale e questo è anche ciò che sta scritto, assieme all'adeguamento dei sistemi di accesso, alla valorizzazione della domiciliarità, alle politiche della residenzialità e semiresidenzialità, dei regolamenti, della formazione e del confronto, nel documento di indirizzo sottoscritto con le OOSS ed approvato dalla Conferenza SST il 31.05.2007.

L'impegno già espresso per un **attento costante monitoraggio sull'utilizzo dell'FRNA** nei vari distretti, deve perciò ora concretizzarsi con **l'insediamento e l'operatività di un momento tecnico** che, nell'ambito dell'Ufficio di Supporto alla CSST, secondo le indicazioni regionali e con il contributo degli Uffici di Piano Distrettuali, costruisca, alimenti e perfezioni nel tempo tale sistema di monitoraggio.

Per quanto attiene le linee di utilizzo del Fondo si sottolinea che, pur senza perdere di vista il reale fabbisogno di posti residenziali, l'impegno dei Distretti deve essere prioritariamente orientato ad ogni possibile forma anche innovativa di sostegno alla domiciliarità (vedi capitoli precedenti), tenendo presente che l'obiettivo finale della Regione è la creazione di un unico sistema di risorse che Az. USL ed Enti Locali assieme utilizzano per fronteggiare l'intera gamma dei bisogni sociali e socio sanitari.

### **2.2 - DUE IMPRESCINDIBILI MODALITA' PER FARE INTEGRAZIONE**

- "Scrivi ciò che fai, fai ciò che hai scritto". E' notoriamente questa una delle regole che stanno alla base delle moderne organizzazioni complesse, dei percorsi di certificazione della qualità e per l'accREDITAMENTO.

L'integrazione di competenze, professionalità e ruoli diversi, è per sua natura una operazione estremamente complessa che deve quindi essere codificata in forma scritta allo scopo di definire/chiarire/convenire le responsabilità, le azioni e i comportamenti di ciascuno in direzione dell'unico risultato assieme perseguito.

Ciò significa **la stesura di "accordi, protocolli, linee guida, ..."** a cui tutti dovranno fare riferimento e che tutti potranno contribuire ad assestare e migliorare nel tempo.

Questa metodologia non è oggi utilizzata allo stesso modo e con la stessa intensità dalle Istituzioni chiamate a partecipare ai numerosi percorsi di integrazione postulati dal PSS.

A questa metodologia di lavoro si dovrà fare invece riferimento, se pur in modo progressivo, a partire dai processi più significativi ed urgenti quali la gestione del FRNA, i criteri di ammissione ai servizi, la partecipazione dei cittadini al costo dei servizi, la gestione integrata dei trattamenti rivolti agli utenti multiproblematici<sup>12</sup>, ....

- Il sistema privato dedica un'attenzione estremamente accurata agli aspetti logistici ed organizzativi della produzione. Tra questi la dislocazione e la impostazione degli spazi di lavoro in funzione del risultato atteso.

Quando il risultato atteso presuppone intense relazioni e sinergie multiprofessionali, si persegue quantomeno la contiguità operativa delle diverse professionalità per facilitare la sistematicità degli scambi e l'abitudine / l'ordinarietà del **lavorare assieme**.

Questo metodo viene seguito anche e soprattutto nei casi di joint-venture interaziendali, ove spesso l'obiettivo di massimizzare l'efficacia delle reciproche ricchezze, porta alla ridislocazione dei rispettivi professionisti interessati in nuovi, unici contenitori, funzionali al perseguimento della nuova mission.

La pratica realizzazione dei numerosi obiettivi di integrazione, indicati dal PSSR e descritti nel presente Atto, postula, se pur con diversi indici di intensità, numerosissimi momenti di lavoro assieme tra professionalità ed appartenenze diverse.

In non pochi casi tale lavorare assieme dovrà costituire la prassi quotidiana prevalente se non ordinaria per molte figure o interi servizi.

Ecco quindi che non si può sfuggire (Comuni, Az. USL, ma forse anche altri) al quesito: come e dove è meglio collocare, indipendentemente da titolarità ed appartenenze formali, l'esercizio delle attività che chiedono/presuppongono significativi/continui momenti di integrazione.

Questo esercizio può risultare ostico e faticoso, dalle resistenze psicologico/identitarie alle politiche delle sedi operative. Ma è proprio in direzione di queste ultime che è importante porsi fin da subito il problema, partendo da quanto già oggi, in modo sostanzialmente esplicito, ci viene indicato dalla Regione (gestione unificata del FRNA - unicità dell'Ufficio di Piano distrettuale - ...).

- Per concludere quindi, Accordi/Protocolli/Linee guida da un lato e dall'altro **contiguità/unificazione delle sedi operative** per funzioni e servizi ad alta integrazione, costituiscono due potentissimi, ineguagliabili strumenti per la fluidità, l'efficacia, l'economicità dei servizi e per la trasformazione in prassi abituale ed istintiva dei comportamenti che richiedono integrazione.

La verifica del se e quanto si realizzeranno concretamente queste soluzioni, costituirà indicatore inequivocabile dell'avanzamento dei processi di integrazione.

### **2.3 – DOTARSI DI ADEGUATI SISTEMI DI CONOSCENZA E VALUTAZIONE.**

Nelle sue indicazioni per la stesura dell'atto di indirizzo la Regione prevede che gli obiettivi da raggiungere nel triennio siano espressi in modo verificabile.

L'indicazione riguarda sia il livello distrettuale, per la realizzazione dei Piani di Zona, che il livello di CTSS, stante il suo prioritario ruolo di perseguire equità, efficacia ed equilibrio territoriale.

Ciò significa dotarsi di adeguati strumenti di conoscenza e valutazione.

In realtà già oggi tutte le aree dispongono di potenti sistemi di rilevazione, anche minuziosa, relativi a prestazioni, utenti, servizi erogati ecc.

Il nuovo obiettivo da perseguire non sarà perciò tanto quello di rilevare di più ma piuttosto quello di **rilevare in modo diverso, coordinato, non ripetitivo**, (defatigante ed anti-economico) traendo dalla ordinaria attività dei servizi, vecchi e nuovi indicatori in grado di mettere a disposizione degli utilizzatori griglie differenziate di valutazione atte a supportare i diversi livelli di responsabilità gestionale e politico-istituzionale.

Servirà **un'apposito tavolo** ove le necessarie professionalità e competenze tecniche, a partire da quelle già impegnate negli osservatori provinciali, avranno il compito di avviare, cominciando dal FRNA ed in costante unitarietà con il corrispondente lavoro regionale, di coordinare/integrare/unificare gli elementi/strumenti informativi per aggiornare nel tempo il

---

<sup>12</sup> In questo quadro si colloca la semplificazione degli organismi di valutazione/progettazione integrata attraverso la realizzazione di équipes uniche che si riarticolano di volta in volta sulla base delle componenti specialistiche richieste.

Profilo di Comunità e per giungere alla costruzione di un **unitario sistema di conoscenza e valutazione** consono alle competenze dei Comitati di distretto e della Conferenza.

#### **2.4 – IL VALORE STRATEGICO DELLA FORMAZIONE**

Se vogliamo ridurre il nuovo PSSR a due parole chiave abbiamo visto che queste sono "integrazione" ed "innovazione".

La filosofia dell'integrazione è notoriamente volta a spostare le attenzioni ed i comportamenti dalla istintiva ma limitativa settorializzazione specialistica alla più complessa ma più completa ed efficace collocazione di un problema nel suo contesto trasversale di ulteriori determinanti/potenzialità che ne completano sia la valutazione che la individuazione delle possibili soluzioni.

L'innovazione, oltre a riferirsi agli aspetti di crescita tecnologica e professionale, vuole rappresentare anche l'atteggiamento con cui deve essere affrontata l'integrazione, ovvero: laicità intellettuale, disponibilità al cambiamento, desiderio di approfondimento e ricerca, creatività.

Tutto ciò coinvolge sia il livello politico-istituzionale che quello tecnico-professionale in tutti gli ambiti di intervento e significa che, pur senza deprimere la specificità delle competenze e dei ruoli di ciascuno, siamo costantemente tenuti ad allargare lo sguardo del nostro agire, disponibili a collocare ricchezze e conoscenze in un quadro più ampio, nell'interesse dell'unico destinatario finale: la persona bisognosa di aiuto.

E per ottenere tutto ciò è determinante il ruolo della formazione.

Per il prossimo triennio, la notevole ricchezza formativa di cui dispongono le diverse Agenzie del nostro territorio (Aziende USL e Policlinico, Università, Provincia, Comuni, Scuola, 3° settore ...) dovrà essere collocata in questo unico ambito strategico, dilatando in questa direzione gli specifici contenuti tecnici, predisponendo iniziative fortemente orientate a coinvolgimenti multisettoriali e multiprofessionali, allestendo corsi, strumenti di approfondimento/progettualità, ... calibrati su esigenze e priorità condivise nel tempo e nello spazio.

A tale scopo si ritiene necessaria la **costituzione di un apposito, snello ed efficace, momento di progettazione e coordinamento delle politiche formative** tra le Istituzioni interessate particolarmente attento ai percorsi di formazione per le molteplici professioni sociali e sanitarie<sup>13</sup>

#### **2.5 – VERSO UN UNICO BILANCIO DI MISSIONE.**

L'Azienda USL sta completando la stesura del suo secondo Bilancio di Missione.

Molte realtà territoriali hanno parallelamente iniziato a dare conto del perseguimento degli obiettivi di tutela sociale e socio sanitaria attraverso la redazione del "Bilancio Sociale".

Il nuovo PSSR prevede espressamente che questi due strumenti debbano confluire in un unico Bilancio di Missione: "... riguardante l'ambito delle attività sociali, sanitarie e socio sanitarie... in grado di recepire dinamicamente le esigenze informative dei propri destinatari istituzionali ed in particolare della CSST e dei diversi detentori di interesse...".

In accordo quindi tra i soggetti interessati, a partire dagli obiettivi indicati nel presente atto di coordinamento e indirizzo, **dovranno essere costituiti adeguati momenti tecnici**, in grado di coordinare sia le elaborazioni distrettuali che la stesura di secondo livello di questo nuovo ma unico e fondamentale strumento per la verifica e la condivisione dei risultati.

---

<sup>13</sup> In questa ottica un contributo determinante potrebbe essere anche autonomamente offerto dalla Università, arricchendo tutte le specifiche formazioni professionali con le logiche dell'integrazione trasversale ospedale/territorio, sociale/sanitario, ecc.