

CONFERENZA TERRITORIALE SOCIALE E SANITARIA

DELLA PROVINCIA DI PIACENZA

Costituita ai sensi dell'art. 11 L.R. n. 19/1994 come modificato dalle L.R. n. 3/1999 e n. 2/2003

ATTO DI INDIRIZZO E COORDINAMENTO PROVINCIALE

PER IL TRIENNIO 2009-2011

Il documento è il risultato di più contributi analitici ed interpretativi.

Per il coordinamento tecnico, l'organizzazione e la stesura:

il Tavolo di coordinamento interdistrettuale

per la Provincia Maurizio Gariboldi, Paola Schiavi

per l'Azienda USL Elisabetta Borciani, Elisa Cavazzuti, Maria Gamberini, Stefano Gandolfi

per i Comuni capofila di Distretto Maria Rosella Barbattini, Gian Luca Battilocchi, Franca Cordani

Per le fonti:

l'Ufficio di Supporto alla CTSS, Roberto Miotti, Silvia Tizzoni

Per i contributi tematici:

Susanna Agosti, Jean-Paul Loriaux, Livio Rabboni, Stefania Tagliaferri

Un ringraziamento particolare va peraltro ai referenti dei Servizi della Provincia che hanno collaborato attivamente per la stesura del capitolo delle politiche integrate per la pianificazione locale di livello provinciale, alle organizzazioni sindacali e a tutti gli attori del percorso partecipativo che hanno fornito validi spunti di riflessione ed integrazioni per implementare l'analisi con valutazioni importanti sull'offerta, sulla dinamica della domanda espressa e inespressa e sui bisogni emergenti. Tali contributi sono pubblicati sul sito www.provincia.pc.it/partecipa/benessere.

Presentazione

L'ultimo biennio ha visto impegnati tutti – Provincia, Comuni, Azienda – in una vasta opera di ridisegno del sistema sociale e sanitario.

Ormai avviato il processo di costituzione delle Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona, lo scorso anno si è dato corso alla nuova gestione del Fondo per la non autosufficienza che, affidando ai distretti i compiti di programmazione, ne ha riscritto le regole, chiamando gli enti locali a responsabilità rilevanti nelle scelte politiche per i propri territori e definendo parametri e standard provinciali che garantiscano a tutti identiche condizioni di partenza.

E proprio un anno fa la nostra provincia ha votato la nuova definizione dei distretti: si è così dato il via alla costituzione dei Nuovi uffici di piano, nodo essenziale per sostenere una programmazione distrettuale ed un processo di maggiore assunzione di responsabilità e di competenza da parte dei Comuni. E' un percorso complesso che, pur non nascondendo le difficoltà, sta andando avanti grazie all'impegno di tutti.

Questo è l'anno del passaggio alla nuova triennalità dei Piani distrettuali per la Salute e il benessere sociale e il consolidamento del nuovo assetto distrettuale, per il quale l'Atto di indirizzo e coordinamento triennale costituirà il quadro di riferimento fondamentale ai fini della programmazione locale.

*La sfida è aperta: da un lato si vuole fronteggiare la crescente complessità dei bisogni in rapido cambiamento, il carattere sistemico e la multifattorialità dei modelli attuali; dall'altro si ribadisce la necessità di superare l'approccio tradizionale di risposta attraverso la rete dei servizi, con una **nuova governance**, sinonimo di efficacia nella capacità di programmazione – da articolarsi anche sul piano territoriale, supportando il processo di cambiamento dei distretti, consolidandone l'organizzazione e definendo la piena assunzione della nuova "cultura" degli organismi istituzionali.*

*L'obiettivo è quello di rafforzare il sistema di governo e di gestione degli interventi in ambito distrettuale e valorizzare il ruolo di coordinamento e indirizzo svolto dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria. Bisogni e interventi non possono più essere letti in maniera disgiunta, l'**integrazione** è la risposta: non solo quella socio-sanitaria, quale asse preferenziale della pianificazione in materia di salute e benessere, ma estesa alle altre politiche*

(formative, lavorative, educative, abitative, della mobilità, dell'ambiente, della cultura e dello sport..).

Parlo di un'integrazione **organizzativa** che preveda l'effettiva realizzazione di un sistema di accesso territoriale unificato; di un'integrazione **professionale**, che garantisca risposte complesse, una presa in carico multidimensionale e che sia in grado di appianare le disomogeneità operative, metodologiche e comunicative di chi lavora ogni giorno per "la salute ed il benessere della nostra comunità"; di un'integrazione **comunitaria**, che stimoli il senso di partecipazione e di responsabilizzazione collettiva e l'implemento del capitale sociale.

Per farlo, è necessario condividere criticità, obiettivi e risorse, attraverso un percorso di **partecipazione** che coniughi competenze, esperienze e opinioni di tutte le realtà territoriali della rete locale: terzo settore, organizzazioni sindacali, associazioni di categoria e di tutela dei consumatori, nonché tutti coloro che si attivano in prima persona per trovare risposte nuove e incisive, anche al fine di garantire la sostenibilità dei servizi.

Viviamo un periodo di incertezze: l'incremento delle tensioni della competitività economica, sommate ad una crescente vulnerabilità abitativa, lavorativa e relazionale, alimentano situazioni di precarietà, legate alla difficoltà della gestione dei momenti di crisi.

La prospettiva da cui partire nella costruzione di un nuovo **welfare di comunità** – promozionale e non più inteso nel mero assistenzialismo – deve prevedere azioni organizzative integrate, trasparenti e partecipate, che sappiano coniugare la centralità della persona ad alti livelli di qualità dei servizi e di coesione sociale.

Ed è con queste finalità che il 7 luglio scorso la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria ha aperto il percorso per la definizione dell'Atto triennale di indirizzo avviando il confronto con tutti gli attori sociali del territorio, per giungere all'approvazione di questo Atto strategico che siglerà "**un patto per la qualità dei servizi, per sostenere le famiglie, per rafforzare fiducia e sicurezza**".

Il Presidente
Gianluigi Boiardi

Piacenza, 30 settembre 2008

INDICE

Parte Prima – Il quadro di riferimento pag. 7

1. Piacenza, tra bisogni del territorio e welfare di comunità
 - 1.1 Le politiche integrate con la pianificazione locale di livello provinciale
2. Gli strumenti della programmazione
3. Funzioni e competenze della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria

Parte Seconda – Il Profilo di comunità pag. 15

1. Il Profilo di comunità: uno degli strumenti di supporto della pianificazione
2. L'evoluzione dei bisogni e delle opportunità: dal Profilo di salute al Profilo di comunità
3. La provincia di Piacenza nel Profilo di comunità

Parte Terza – Gli indirizzi e le priorità strategiche per i processi di pianificazione distrettuale per la salute e il benessere sociale pag. 19

1. *Le priorità di benessere finalizzate ai cittadini*
 - per la famiglia
 - per i minori
 - per i giovani
 - per gli immigrati
 - per gli adulti
 - per i disabili
 - per gli anziani

La scheda pag. 21

2. *Le priorità di benessere trasversali*

2.1 Il contrasto alla vulnerabilità sociale

- La vulnerabilità abitativa
- La vulnerabilità lavorativa
- La vulnerabilità relazionale
- La vulnerabilità economica: le nuove povertà

2.2 La promozione della sicurezza

- La sicurezza sul lavoro
- La sicurezza sulla strada

La scheda pag. 33

3. *Le priorità di sistema*

3.1 Il consolidamento e la valorizzazione della rete distrettuale

- Il supporto alla nuova distrettualizzazione
- L'associazionismo dei Comuni
- La riassunzione delle deleghe socio-assistenziali da parte dei Comuni
- La definizione del ruolo delle nuove ASP nella rete integrata dei servizi

3.2 L'integrazione sociosanitaria

- La definizione istituzionale, comunitaria, gestionale, professionale
- Lo sviluppo di un sistema informativo integrato
- L'attivazione di una presa in carico multidimensionale

3.3 Gli orientamenti per il Piano Strategico dell'Azienda

3.4 Una garanzia di equità: i servizi sociosanitari nell'area montana

3.5 La qualificazione e il supporto al lavoro di cura

La scheda

pag. 48

Parte Quarta – Gli indirizzi per il coordinamento, la partecipazione, il monitoraggio e la valutazione

pag. 51

1. Il coordinamento interistituzionale

2. Gli strumenti tecnici per la pianificazione territoriale

- I "nuovi" Uffici di Piano distrettuali
- L'Ufficio di supporto alla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria
- Il tavolo di coordinamento interdistrettuale delle politiche socio-sanitarie
- Il ruolo della Provincia e dell'Osservatorio provinciale delle politiche sociali

3. Il rinnovo degli strumenti e dei percorsi di partecipazione e confronto

3.1. Le prospettive regionali e locali per la partecipazione del terzo settore alla programmazione territoriale

3.2. Il confronto costante e la concertazione con le organizzazioni sindacali

4. Indicazioni per i processi di valutazione

4.1 Il monitoraggio: primo strumento della valutazione

Sigle e abbreviazioni

pag. 66

Appendici

Il Profilo di comunità

Il quadro di raccordo delle politiche provinciali

I protocolli di intesa con le organizzazioni sindacali

PARTE PRIMA – IL QUADRO DI RIFERIMENTO

1. Piacenza, tra bisogni del territorio e welfare di comunità

L'immagine che solitamente Piacenza richiama è quella di una provincia sonnacchiosa e riservata nei suoi ritmi di vita, vitale e attiva nei protagonisti eccellenti che spesso trovano all'esterno ascolto e risonanza, con uno stile minore e a volte un po' dimesso, chiusa e sospettosa rispetto al cambiamento e allo straniero, rifugge l'orpello e il lusso sfrenato, apprezza le sere nebbiose dell'autunno che riverberano la luce calda dei palazzi del centro città.

Piacenza si raccoglie in questa immagine e nel caleidoscopio delle percezioni di ciascuno, ma la fotografia che ci riserva il Profilo di comunità e i suoi indicatori richiama una provincia ricca e viva, in cui i giovani hanno ancora possibilità di trovare occupazione, in cui gli anziani sono accuditi in famiglia o hanno, seppur a fatica, alternative numericamente e qualitativamente adeguate in strutture residenziali, dove, soprattutto in provincia, regge la solidarietà delle reti sociali ed amicali e dove le scuole preparano in modo soddisfacente gli studenti.

Un territorio che permette di vivere in sicurezza, anche se i furti in appartamento superano la media regionale. Piacenza è una provincia che evidenzia bisogni legati all'invecchiamento della popolazione, con alti consumi di alcool, con diffusione del fenomeno del precariato soprattutto fra i giovani: pregi e difetti risultano una miscela che le fa assumere un profilo, con sue caratteristiche distintive che ce la fanno apprezzare ed amare.

Se vogliamo programmare per Piacenza e i suoi bellissimi dintorni dobbiamo conservare allora questo sguardo affettivo, filtrato da strumenti di programmazione che però non ci facciano dimenticare che la provincia è anche un luogo di incontri, di relazioni ed emozioni.

La chiave di lettura che parte da questa visione include una comunità che compartecipa al proprio futuro e che non delega ad altri qualcosa che le appartiene: il suo benessere e la sua salute. Il benessere è il filo rosso che lega questo Atto di indirizzo a Piacenza, il plus valore in un atto programmatico, non solo dovuto per vincoli normativi.

L'Atto di indirizzo è lo strumento attraverso il quale la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (CTSS), massimo organismo decisionale, rappresentativo dei 48 Comuni della provincia, esercita la funzione di coordinamento e di indirizzo in materia di salute e benessere per la pianificazione degli interventi e delle attività da parte dei tre Distretti.

I presupposti con cui è stato condiviso questo documento sono i seguenti:

**La provincia di Piacenza
e il suo benessere...**

1) una visione comunitaria di benessere sociale e di salute

Il benessere sociale è la composizione di più determinanti, di cui la sanità è una parte, ma non l'elemento esclusivo. Per condividere una pianificazione integrata sulla salute e il benessere del cittadino è necessario un reciproco riconoscimento, che nasce dall'ascolto, dalla condivisione e dalla valorizzazione dei diversi punti di vista.

... come visione comunitaria...

L'obiettivo della salute di una comunità si affronta con gli strumenti propri della programmazione e dell'agire politico e organizzativo. In questo senso il Piano Sociale e Sanitario Regionale 2008-2010 ha affermato un'idea di welfare di comunità per il benessere dei cittadini, basata su processi decisionali programmatori ed attuativi di servizi e interventi sociali e sanitari, fortemente partecipati dalle organizzazioni della società civile, dalle parti sociali, dal terzo settore e dalle stessi cittadini e dalle loro famiglie che esprimono esigenze e sostegno economico.

2) una visione comunitaria basata sull'equità territoriale e distributiva

La promozione della salute mira soprattutto alla uguaglianza della salute, come ha puntualizzato la Carta di Ottawa.

Questo sforzo di realizzare nella comunità locale uguali opportunità e risorse ha determinato nella nostra provincia il processo di nuova distrettualizzazione, che ha portato i Distretti da quattro a tre. La nuova distrettualizzazione ha costretto a una positiva revisione della pianificazione locale, ma dobbiamo ora garantire come sistema complessivo omogeneità di trattamento e di offerta distributiva. Nel territorio si registrano ancora diversità di opportunità, puntualmente sintetizzate in più parti del Profilo, nell'utilizzo dei diversi servizi e nel sistema di offerta, anche a livello sociale, sociosanitario e sanitario: è necessario trovare una composizione nel corso del triennio cercando, da un lato, di ridurre i consumi impropri, dall'altro di riequilibrare le condizioni di offerta tra i tre Distretti, garantendo a tutti i cittadini pari opportunità di accesso e fruizione dei servizi.

... basata sull'equità territoriale e distributiva...

E' un problema che investe in particolare il territorio montano, come evidenziato anche dal Profilo di comunità, legato a peculiarità dell'aspetto geomorfologico e al loro relativo impatto, ma anche ai meccanismi generatori di queste ed altre disuguaglianze riconducibili alle stesse istituzioni ed organizzazioni titolari delle scelte e delle gestioni relative all'accesso ai servizi e alla cura della persona.

Contrastare concretamente i meccanismi generatori di disuguaglianze significa affrontare e definire in modo specifico i temi dell'informazione, dell'accesso e della presa in carico per quel determinato territorio o per quel bisogno.

3) una politica che veda integrati tutti gli aspetti del vivere del cittadino

La Conferenza dei Ministri della Salute della Unione Europea autorevolmente afferma che la salute deve essere promossa in tutte le politiche e da tutti i soggetti di una comunità: la politica del lavoro, della casa, dell'istruzione, dell'ambiente, del tempo libero, della cultura, dell'urbanistica concorrono a determinare lo stato di salute dei cittadini.

Una visione a tutto campo sulle determinanti di salute del nostro territorio e sulla partecipazione di tutta la società civile a un processo di responsabilizzazione sul tema del benessere e della salute, include che le istituzioni preposte si avvalgano di una modalità di governo definita oggi col termine "governance". Per governance si intende quella modalità di negoziazione tra sfera pubblica, sfera privata e/o altri attori caratterizzata da un complessa rete di interdipendenza a diversi livelli di autorità.

La governance dunque pone particolare attenzione alle relazioni tra i diversi attori sociali, rimarcando però il ruolo di regia o di committenza delle istituzioni pubbliche e il ruolo di garanzia per il benessere e la salute di tutti i cittadini.

A questo riguardo assume una particolare rilevanza l'integrazione delle politiche sociosanitarie, su cui ri-fondare un'adeguata integrazione professionale e organizzativa dei servizi, al fine di organizzare risposte ed interventi basati sul riconoscimento delle persone nella loro globalità ed in rapporto ai loro contesti di vita.

4) la partecipazione e la responsabilizzazione di tutti i cittadini

Se la salute e il benessere sono capitali sociali, le cui variabili sono definite da determinanti – come riferito oggi dai più autorevoli studiosi e politici – richiedono costante attenzione da parte delle istituzioni preposte, ma anche da parte dello stesso cittadino che concorre in prima persona a mantenere e presidiare da un lato il patrimonio di opportunità e risorse e dall'altro a contrastare a livello individuale le minacce alla salute e alla collettività.

Deve esserci dunque un passaggio da una logica assistenzialistica ad un'etica della responsabilità del singolo, dei gruppi, della comunità rispetto a questo capitale sociale di cui disponiamo.

L'etica della responsabilità richiama anche la necessità di superare un welfare paternalistico, che presuppone bisogni e risorse infiniti, per approdare ad una visione di welfare di comunità, consapevole delle risorse a disposizione, delle scelte che devono essere effettuate e della sostenibilità di tali scelte.

... sugli aspetti integrati del vivere del cittadino...

... e sulla partecipazione e responsabilizzazione collettive

Sostenibilità economica nella pianificazione: non solo buone intenzioni

La sostenibilità appare come un valore di riferimento importante nella pianificazione sia allorché vengono individuate nuove progettazioni che devono essere assunte solo in presenza di risorse certe, sia nella verifica costante di nuove possibilità e modalità di intervento in servizi tradizionali, che periodicamente devono essere comunque oggetto di valutazione di efficacia ed efficienza.

Questi i presupposti condivisi nel percorso, che ha determinato il presente Atto di indirizzo triennale, presupposti che attengono sia il dettato normativo regionale, sia le volontà dei Comitati di Distretto, che nella provincia di Piacenza rivendicano giustamente il loro ruolo di primi attori nel cambiamento che si andrà a produrre.

Un legittimo interrogativo: tutto questo non è forse utopia? La recente Conferenza del Welfare in proposito ha apprezzato la citazione di Eduardo Galeano, saggista e giornalista uruguayano: *“Lei (l’utopia) è all’orizzonte. Mi avvicino di due passi, lei si allontana di due passi. Cammino per dieci passi e l’orizzonte si sposta di dieci passi più in là. Per quanto io cammini non la raggiungerò mai. A che cosa serve l’utopia? Serve proprio a questo: camminare.”*

La nostra comunità si accinge ad intraprendere il cammino tramite questo primo Atto.

1.1 Le politiche integrate con la pianificazione locale di livello provinciale

Nel passaggio ad una nuova governance che comprenda un welfare promotore di un benessere sociale collettivo, si deve necessariamente articolare l’insieme dei servizi socio-assistenziali integrandolo con tutte le altre politiche che perseguono lo “star bene” delle persone – in particolare quelle sanitarie, scolastiche, formative, del lavoro e della programmazione territoriale. L’obiettivo è quello di organizzare il contributo attivo dei diversi soggetti sociali al fine di promuovere la solidarietà attraverso la valorizzazione delle politiche interassessorili, unitamente alle iniziative dei singoli, delle reti familiari, delle forme di auto-aiuto e di reciprocità.

Una “presa in carico unitaria” accresce la competitività del territorio sia attraverso il rafforzamento della coesione e del capitale sociale sia mediante l’attuazione di un modello di erogazione dei servizi più dinamico e flessibile, capace di migliorare gli attuali livelli qualitativi e quantitativi dei servizi offerti: dall’adozione di un metodo condiviso nella progettualità all’utilizzo di comuni finalità di intervento strategico.

<p>Occorre valorizzare le politiche interassessorili al fine di promuovere il benessere sociale collettivo...</p>
--

Un welfare plurale, dunque, è capace di rispondere – assicurando qualità e diritti, efficienza ed efficacia, sostenibilità economica – alle nuove esigenze di una società che sta subendo profondi cambiamenti, nella quale la promozione di politiche che sappiano raccordare i contenuti della pianificazione locale di livello provinciale/aziendale è diventata una necessità improrogabile.

... e per poter affrontare la complessità delle nuove esigenze emergenti

I Comitati di Distretto e la CTSS sono certamente sede dell'integrazione delle politiche, che hanno un rimando diretto sullo stato delle condizioni di salute e benessere dei cittadini, in particolare per la parte dei servizi di competenza specifica: quelli attinenti alle tematiche socio-sanitarie.

E' proprio da qui che partono le indicazioni per le programmazioni da realizzarsi nei singoli Comuni: casa, pianificazione territoriale, attività produttive e commerciali, iniziative legate al tempo libero e alla cultura, formazione e lavoro, sicurezza.

Le Giunte e i Consigli provinciali e comunali, per le loro specifiche competenze, possono allora rappresentarsi quali luoghi centrali di un percorso articolato e concretamente finalizzato alla realizzazione del raccordo tra le politiche sopra menzionate. Certo è che per realizzare la continuità degli accordi interni, attuati sia per integrare i processi di pianificazione, sia per completarne la traduzione in atti deliberativi ispirati alla promozione del benessere sociale, occorre muoversi con costanza e determinazione.

... anche tramite il coinvolgimento delle Giunte e dei Consigli provinciali e comunali

Poiché alla Provincia vengono affidate competenze di coordinamento a livello intermedio, nell'area delle politiche sociali e dell'integrazione tra queste e altre politiche (lavoro, casa, formazione professionale, istruzione, educazione, cultura, pianificazione territoriale, ambiente e mobilità), si è dato avvio al percorso di raccordo tra le politiche aventi un impatto diretto sul tema centrale della salute e benessere.

Al momento l'integrazione tra le politiche è presente per questi ambiti di programmazione:

- Istruzione, Formazione e Lavoro (appendici, *allegato 1*);
- Il Piano Territoriale di Coordinamento Provinciale (PTCP) (appendici, *allegato 2*);
- Politiche educative (appendici, *allegato 3*)
- Politiche scolastiche (appendici, *allegato 4*)

2. Gli strumenti della programmazione

L'Atto triennale ridefinisce complessivamente il sistema della programmazione. Gli strumenti di programmazione che assumono rilevanza nell'area dell'integrazione socio-sanitaria del livello regionale sono:

L'Atto triennale ridefinisce il sistema di programmazione

Livello regionale:

-Il Piano regionale sociale e sanitario, previsto dall'art. 27

La programmazione si articola su tre livelli: Regione, CTSS, Distretti

della L.R. n. 2/03, approvato dall'Assemblea Legislativa Regionale con il parere della CRAL: il Piano regionale fissa gli obiettivi del triennio, le regole del sistema, il sistema di valutazione dei risultati. Per quanto riguarda in particolare le prestazioni per la non autosufficienza finanziate dall'apposito fondo, individua i criteri di ripartizione delle risorse, i servizi e gli interventi che devono essere erogati e le condizioni soggettive per usufruirne. Il Piano regionale fissa i principi generali e gli obiettivi per il governo del sistema e rimanda ad altri atti regionali più specifici le indicazioni di dettaglio;

-Il **Programma annuale regionale** di ripartizione delle risorse del Fondo sociale regionale, approvato dall'Assemblea Legislativa Regionale con il parere della CRAL: il Programma annuale ripartisce le risorse, sulla base dei criteri e degli obiettivi del Piano regionale, fissandone i vincoli e le procedure per il loro utilizzo;

-Le **Linee annuali di programmazione e finanziamento del Servizio sanitario regionale**;

-Il **Piano regionale per la prevenzione**;

-Il **Programma annuale di ripartizione del Fondo regionale per la non autosufficienza**.

Livello provinciale della CTSS:

Lo strumento di programmazione di ambito provinciale/aziendale attraverso il quale la Conferenza Sociale e Sanitaria esercita il proprio compito di coordinamento, è l'**Atto di indirizzo e coordinamento provinciale triennale**.

Livello distrettuale:

Gli strumenti di programmazione per l'ambito distrettuale sono:

- **Il Piano di zona distrettuale per la salute e per il benessere sociale (PDZ)**, di durata triennale, che sostituisce il Piano sociale di zona rafforzandone il raccordo con il Piano per la Salute contenuto nell'Atto di indirizzo triennale della Conferenza Sociale e Sanitaria Territoriale, in quanto:
 - fa riferimento al Profilo di Comunità, comprensivo dell'analisi dei bisogni della popolazione del territorio;
 - individua, in coerenza con l'Atto triennale della CTSS, le priorità strategiche di salute e di benessere sociale nelle diverse aree d'intervento: sociale, sociosanitaria – compresa l'area della non

autosufficienza – e sanitaria relativa ai servizi territoriali;

-definisce la programmazione finanziaria triennale relativa agli interventi sociali, sociosanitari e sanitari;

-specifica le integrazioni, e i relativi strumenti, con le politiche che concorrono a realizzare gli obiettivi di benessere sociale e salute individuati;

-contiene la verifica dei risultati di salute e benessere prodotti dalla programmazione

- **Il Programma attuativo annuale (PAA)** costituisce la declinazione annuale del Piano di zona distrettuale per la salute e il benessere sociale, sostituendo il Programma attuativo del piano sociale di zona, il Programma delle Attività Territoriali del Distretto, i Programmi di azione dei Piani per la salute. In particolare:

-specifica gli interventi di livello distrettuale in area sociale, sociosanitaria – compreso il Piano annuale delle attività per la non autosufficienza – e sanitaria;

-individua le specifiche risorse che Comuni, Ausl, Distretto, Provincia impegnano per l'attuazione degli interventi;

-definisce, raccoglie ed approva progetti o programmi specifici d'integrazione con le politiche educative, della formazione e lavoro, della casa, dell'ambiente, della mobilità.

Il Programma attuativo annuale viene approvato tramite Accordo di Programma, sottoscritto anche dai soggetti responsabili sul territorio di specifici interventi o programmi operativi che concorrono al raggiungimento degli obiettivi di salute e benessere.

In sintesi, l'integrazione degli strumenti di programmazione deve avvenire a livello regionale, provinciale e distrettuale. Ciò vale in particolare per i servizi ad elevata integrazione sociale e sanitaria, e in tale ambito obbligatoriamente per quelli della non autosufficienza. L'Atto di indirizzo e coordinamento, facente capo alle CTSS, deve garantire per la parte di sua competenza il raccordo tra la programmazione regionale e quella distrettuale.

3. Funzioni e competenze della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria

L'Atto triennale colloca la CTSS come luogo cruciale all'interno del sistema della governance di snodo politico ed istituzionale e come momento in grado di attuare una declinazione locale della programmazione regionale, garantendo allo stesso tempo un'operatività in una dimensione e con modalità diverse rispetto alla semplice sommatoria dei distretti.

Il ruolo crescente della Conferenza Territoriale Socio Sanitaria

In particolare si tratta di:

- valorizzare il ruolo della CTSS come luogo di integrazione dei diversi soggetti e competenze istituzionali;
- semplificare e armonizzare gli strumenti di programmazione che incidono sullo stesso ambito territoriale;
- sviluppare un' identità in grado di rafforzare e valorizzare l'articolazione distrettuale a rete del sistema territoriale integrato.

La legislazione, il PSSR e le direttive regionali (in particolare la Legge Regionale 29/04) attribuiscono alla Conferenza molteplici funzioni differenziate tra loro e sostanzialmente riassumibili in:

- 1.Funzioni di indirizzo*
- 2.Funzioni consultive*
- 3.Funzioni propulsive*
- 4.Funzioni di verifica e controllo*

Nello specifico si sottolinea, rispetto alle funzioni citate, che spetta alla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria l'approvazione del presente Atto di indirizzo triennale.

PARTE SECONDA – IL PROFILO DI COMUNITA'

1. Il Profilo di comunità: uno degli strumenti di supporto della pianificazione

Il Profilo di comunità è il nuovo strumento che la Regione richiede alle Province per supportare il processo di programmazione del sistema di welfare locale. Costituisce una lettura ragionata e partecipata dei bisogni di salute e di benessere della popolazione ed è quindi la base che consente di individuare le criticità e le priorità da considerare nella definizione delle politiche territoriali sociali, socio-sanitarie e sanitarie indicate nel presente Atto di indirizzo triennale.

L'accezione è innovativa perché enfatizza l'aspetto comunitario: solo con una "presa in carico" collettiva possiamo pensare di affrontare le nuove sfide del benessere per tutti. Il motivo è ovvio: il sistema pubblico di servizi sociali e sanitari non potrebbe resistere all'impatto dei sempre nuovi e infiniti bisogni di una popolazione, che evolvono nella complessità e nella specificità delle richieste.

La novità dello strumento è anche quella di uno sguardo analitico "allargato", non solo focalizzato sull'offerta e sulla domanda di servizi sociali e sanitari, ma anche sugli aspetti educativi e culturali, del sistema ecologico e della mobilità, degli stili di vita e del sistema abitativo, della sicurezza e del capitale sociale. E ancora: prevede la collaborazione paritaria tra sistema dei servizi sociali comunali e provinciali e Azienda Sanitaria locale nel percorso di raccolta dati, elaborazione e lettura, nonché la partecipazione attiva del privato sociale nelle sue realtà di volontariato, d'impresa e di cooperazione sociale.

Cos'è il Profilo di comunità

2. L'evoluzione dei bisogni e delle opportunità: dal Profilo di salute al Profilo di comunità

Il Profilo di comunità che accompagna il presente Atto di indirizzo rappresenta l'evoluzione di un processo culturale e di una riflessione già avviata con il Piano della Salute e con il relativo documento "il Profilo di salute".

Il Piano della Salute, ricordiamo, è stato un percorso che tra il 2003 e il 2004 ha segnato, a livello del nostro territorio provinciale, un primo passo verso la concezione di salute così come definita dall'OMS, dipendente da una serie di fattori, chiamati "determinanti" ed in cui il sistema sanitario viene visto come uno dei soggetti che influenzano le politiche della salute di una popolazione.

Il Profilo di salute ed il Profilo di comunità sono documenti ricchi di dati epidemiologici e non, rispettivamente inseriti come base di approfondimento per le istituzioni, le forze sociali e i cittadini – il primo nel Piano della Salute, il secondo nel presente

Il Piano della Salute e il Profilo della salute come prima tappa del percorso di benessere

Atto di indirizzo. Entrambi descrivono, nelle loro caratteristiche fondamentali, lo stato di salute di una popolazione, tenendo conto della multidimensionalità delle variabili che la determinano.

Già nel passaggio dal Profilo di salute al Profilo di comunità, è evidente un'evoluzione. Infatti, anche se nel Profilo di salute risulta il tentativo di descrivere alcuni aspetti legati al "sociale", emergono prevalentemente una visione e una descrizione degli aspetti più strettamente sanitari.

L'attuale Profilo di comunità assume invece una visione più globale, tentando una descrizione sintetica della comunità locale in tutte le sue caratteristiche, al fine non solo di esplorarne le aree problematiche, di individuarne gli aspetti distintivi, i bisogni delle persone, la rete dell'offerta, le carenze delle istituzioni e dei servizi offerti, ma anche i punti di forza, le opportunità e le risorse, finalizzando il lavoro allo sviluppo della comunità stessa.

Va sottolineata a questo proposito l'attenzione che nel Profilo di comunità viene posta agli aspetti positivi e punti di forza presenti nella comunità. Una comunità, infatti, sulla base dei dati e dei flussi informativi, deve essere capace di assumere conoscenze ed informazioni e attivarsi responsabilmente rispetto ai bisogni e alle sfide del proprio tempo. E deve anche avere la capacità di leggere la realtà che lo circonda, individuando oltre ai condizionamenti e le minacce, anche le occasioni favorevoli e le opportunità. Questa capacità è indispensabile per poter progettare il futuro.

Il Profilo di comunità, per essere utile, deve essere continuamente aggiornato, perché i dati di questo tipo, in una società complessa in continua evoluzione, necessitano di aggiornamenti e manutenzioni e richiedono la costante attenzione della cittadinanza e delle forze istituzionali e di associazioni.

Il coinvolgimento e la partecipazione che sono stati realizzati nei due percorsi hanno avuto caratteristiche diverse. Nel Piano per la Salute la partecipazione e la condivisione è stata maggiore da parte di cittadini singoli o associati, invece la redazione dell'Atto di indirizzo ha coinvolto maggiormente le forze sociali e le istituzionali locali. E' necessario proseguire in questa ricerca di condivisione e partecipazione fra tutti gli attori coinvolti, creando un patto e un impegno che si esplicheranno in una governance, intesa come partnership tra la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, i Comitati di Distretto ed i cittadini singoli o associati. Questo nuovo concetto di governance permetterà di condividere e costruire i processi di programmazione e, in ultima analisi, di ripensare lo stato sociale e di benessere insieme a tutti gli attori coinvolti.

Le differenze fra il Profilo della salute e il Profilo di comunità

Il Profilo di comunità come documento delle reti formali

I bisogni di salute e benessere che sono emersi dai due percorsi e dai due Profili non sono molto diversi: emerge costantemente la necessità di occuparsi o meglio di occuparsi *prima* dell'insorgere di problemi, delle fasce più fragili della nostra comunità, siano essi gli anziani, i bambini o i giovani. I giovani, infatti, spesso, nella realtà in cui viviamo, non trovano il modo per esprimere i loro bisogni e le loro potenzialità. Ed emerge tutto il loro disagio.

Questa è l'opportunità per le istituzioni locali: pianificare e programmare in modo che ciascuna persona della comunità abbia la possibilità di esercitare il proprio diritto e il proprio dovere di partecipare alla salute e al benessere.

3. La provincia di Piacenza nel Profilo di comunità

Dal Profilo di comunità elaborato a Piacenza emerge un quadro conoscitivo in parte noto, ma si evidenziano con forza anche alcune novità:

- gli incidenti stradali si mantengono su valori elevati coinvolgendo soprattutto le fasce di età giovanile;
- crescono i nuclei unipersonali: oggi oltre un terzo delle famiglie;
- aumenta l'utilizzo del suolo per attività produttive e residenziali, così come l'inquinamento atmosferico che supera i limiti previsti dalle normative, in particolare per ozono e PM10;
- tra le principali cause di morte prevalgono malattie cardiovascolari, tumori e traumatismi ed i casi di Aids sono in incremento.

Ma si registrano anche:

- un sistema produttivo robusto e diversificato;
- alta speranza di vita alla nascita;
- la crescita del Pil significativa negli ultimi anni;
- buone risposte sia pubbliche sia private sul fronte dei servizi;
- un capitale professionale qualificato nei servizi;
- un buon livello di istruzione scolastica;
- la raccolta differenziata dei rifiuti;
- la diffusione delle piste ciclabili.

Lo specchio del Profilo rimanda peraltro ad alcuni indicatori per i quali ci si è dovuti avvalere di ulteriori approfondimenti, soprattutto in riferimento al loro segno di ambivalente complessità:

- la struttura demografica invecchia e ringiovanisce insieme – grazie agli stranieri che compensano il saldo naturale negativo;

Le nuove criticità del Profilo di comunità...

... i suoi punti di forza...

... e gli aspetti problematici

- la popolazione torna a crescere, ma l'abbandono della montagna prosegue incessante;
- crescono gli infortuni sul lavoro, ma diminuiscono le morti, almeno a Piacenza;
- emergono stili di vita meno penalizzanti di altre aree della regione in termini di obesità e sedentarietà, ma la quota di fumatori risulta al contrario superiore alla media regionale, specie tra i maschi; stessa situazione rilevata per il consumo di alcol, con il numero di bevitori maschi a rischio relativamente più elevato, in particolare tra i giovani;
- il mercato del lavoro è equilibrato, con bassa disoccupazione ed elevati tassi di occupazione, ma la flessibilità introduce rischi di vulnerabilità sociale e la recessione nazionale in atto inizia a dare i primi segnali anche a Piacenza, con nuovi casi di crisi aziendali e crescenti esuberanti di addetti;
- calano i flussi di pendolari in uscita per motivi di studio ed il saldo di pendolari per motivi di lavoro: Piacenza è più attrattiva, ma più polarizzata sul capoluogo e sui comuni della prima corona.

In sintesi emergono **quattro aree prioritarie**:

- la fragilità della **condizione anziana** che richiede nuovi interventi per la domiciliarità soprattutto nelle aree montane;
- il disagio nella **genitorialità** che esige risposte nuove dei servizi per favorire i processi identitari ed educativi dei giovani, anche per i giovani immigrati;
- una maggiore **integrazione tra sociale e sanitario** per i nuovi bisogni legati alla salute mentale ed a quelle situazioni di bisogno indeterminato, trasversale, relazionale;
- la **differenziazione territoriale dei bisogni e delle risorse** evidenzia domande più articolate in pianura, ma maggiori risposte e bisogni più circostanziati in montagna (domiciliarità, trasporti, servizi sanitari) di più difficile erogazione.

In conclusione: si affacciano allora nuovi bisogni sociali che richiedono interventi integrati e innovativi ed un nuovo approccio al welfare di comunità, nel quale l'intervento diretto dei cittadini con azioni di prossimità e relazionalità solidale possa porsi davvero a sostegno del sistema dei servizi pubblici e privati.

Le priorità del Profilo di comunità

PARTE TERZA – GLI INDIRIZZI E LE PRIORITA' STRATEGICHE PER I PROCESSI DI PIANIFICAZIONE DISTRETTUALE PER LA SALUTE E IL BENESSERE SOCIALE

Il Profilo di comunità, riletto e rivisitato con l'apporto di professionisti, amministratori, associazioni, organizzazioni sindacali..., è stato sintetizzato e ricostruito, per un uso funzionale alle linee di indirizzo da approfondire nelle sedi distrettuali, nelle seguenti tre schede:

- **le priorità di benessere finalizzate ai cittadini** (famiglie, minori, giovani, immigrati, adulti in condizione di disagio, disabili, anziani);
- **le priorità di benessere trasversali al sistema** (la vulnerabilità sociale, la sicurezza sul lavoro e sulla strada);
- **le priorità di sistema** (il consolidamento e la valorizzazione della rete distrettuale, l'integrazione socio-sanitaria, gli orientamenti per il Piano Strategico dell'Azienda, l'equità nelle aree montane, la qualificazione delle reti informali nel lavoro di cura).

1. Le priorità di benessere finalizzate ai cittadini

Le schede rappresentano il cuore dell'intera programmazione. Nate dal lavoro di rielaborazione del tavolo di coordinamento interdistrettuale, si sono avvalse peraltro dei contributi di tutti gli attori con i quali è stato concertato il percorso di stesura del documento.

Benché dallo schema emergano con chiarezza obiettivi e linee d'azione da perseguire, la stesura sintetica vuole solo indicare un elenco di suggestioni. Le proposte così elaborate richiamano sia il lavoro ben più strutturato dei precedenti Piani di Zona distrettuali, sia i nuovi Piani per la salute e il benessere, che saranno elaborati, in ciascun Comitato di Distretto, con l'ausilio tecnico del Nuovo Ufficio di Piano, alla luce della specificità della storia di ogni territorio.

Allo stesso modo, pur non essendo compito di questo documento entrare nel merito del tema della sostenibilità economica, si ritiene utile che vi sia un richiamo specifico nelle singole pianificazioni distrettuali dei Piani per la salute e il benessere di prossima elaborazione.

Pur riconoscendo l'importanza e la centralità di ciascuna priorità, la scelta dell'investimento politico si muoverà essenzialmente nella direzione del supporto alla **famiglia**, quale primo mattone della rete comunitaria di sostegno e di aiuto.

Le priorità di benessere finalizzate ai cittadini

PRIORITA' DI BENESSERE FINALIZZATE	CRITICITA' RILEVATE	INDIRIZZI ESISTENTI (REGIONALI, PROVINCIALI O LOCALI)	OBIETTIVI A LIVELLO PROVINCIALE	LINEE DI AZIONE
Famiglia	Fragilità familiare e delle competenze genitoriali	PSSR: "pluralità di interventi dedicati ai bisogni e alle funzioni familiari e genitoriali"	Potenziare l'integrazione con le attività consultoriali; Provvedere alla multidisciplinarietà degli interventi; Sviluppare le competenze	Equipe multidisciplinari; Avvio, consolidamento o sviluppo del Centro Famiglie distrettuale; Promozione di interventi di sostegno al ruolo educativo della famiglia (accompagnamenti domiciliari educativi, attività di counseling offerta di servizi attraverso l'attività di centri socioeducativi per minori); Iniziative formative; Predisposizione di "pacchetti integrati" di interventi a sostegno della famiglia (in materia di politiche abitative, fiscali, etc.)
	Difficoltà di conciliazione dei tempi	Legge 53/2000: "Disposizioni per il sostegno della maternità e della paternità, per il diritto alla cura e alla formazione e per il coordinamento dei tempi delle città"; PAR - Piano di Azione Regionale per la popolazione anziana, approvaz. DGR 2299/2004 e modificaz. DGR 1598/06; Protocollo di Modena e Protocollo <i>Tempopermettendo</i>	Promuovere la conciliazione di tempi di cura/tempi di lavoro in tutti gli ambiti di vita, con un'attenzione specifica all'occupazione femminile; Promuovere le modifiche necessarie per consentire una maggiore flessibilità tra attività lavorativa ed attività di cura	Interventi previsti dalla normativa; Proseguire e implementare le attività del tavolo territoriale per l'applicazione dell'articolo 9 della Legge n. 53 del 2000; Garantire forme di sostegno nei periodi di impegno in attività di cura e la possibilità di riprendere il lavoro una volta terminata l'attività di cura; Azioni, anche sperimentali, nei diversi ambiti di vita: logistica, trasporti, condivisione dei compiti di cura, non solo genitoriali; Sostegno ed implementazione allo <i>Sportello/i Orientativo/i Tempopermettendo</i>
	La violenza di genere	Legge 2/2003	Consolidare la rete territoriale a tutela delle vittime di violenza	Consolidamento dei presidi di tutela sia in termini di servizi e di personale competente che di strutture dedicate; Elaborazione del progetto pilota della Rete nei Pronto Soccorso
	Il disagio abitativo	PSSR: "programma di sostegno alle politiche abitative" e "sostegno alle famiglie monogenitoriali con figli"	Migliorare la situazione abitativa	Costituzione di un'agenzia per la locazione che verifichi la disponibilità sul mercato privato di alloggi sfitti da mettere a disposizione di soggetti deboli, e garantisca l'incontro tra domanda e offerta; Previsione, all'interno del PTCP in elaborazione, dell'incremento dell'offerta di ERS (edilizia residenziale sociale). La città regionale (Piacenza), i centri ordinatori e quelli integrativi sono chiamati a stabilire nei propri strumenti urbanistici una percentuale minima del 25% di offerta abitativa aggiuntiva rispetto al residuo non attuato nel PRG vigente

Le priorità di benessere finalizzate ai cittadini

PRIORITA' DI BENESSERE FINALIZZATE	CRITICITA' RILEVATE	INDIRIZZI ESISTENTI (REGIONALI, PROVINCIALI O LOCALI)	OBIETTIVI A LIVELLO PROVINCIALE	LINEE DI AZIONE
Minori	Esposizione di minori a situazioni di abuso e grave maltrattamento, abbandono e semi-abbandono; Struttura di offerta non dimensionata ai nuovi bisogni e ai nuovi indirizzi; Difficoltà nella disponibilità di strutture di accoglienza per minori	PSSR: "Integrazione tra servizi educativi, scuola, sport, sanità, cultura", "promuovere forme di cittadinanza attiva", "potenziare e qualificare il sistema di accoglienza", "sostenere forme specifiche di tutela"; Attuazione della DGR 846/07; Legge 14/2008; Piano Provinciale Minori	Promuovere, sostenere e potenziare l'integrazione tra i diversi Soggetti della rete interistituzionale a tutela dell'Infanzia e dell'Adolescenza	Percorsi formativi congiunti; Attuazione dei Protocolli operativi approvati; Monitoraggio degli strumenti di raccordo; Supporto all'équipe specialistica provinciale di secondo livello in materia di tutela; Specializzazione degli operatori psico-sociali in materia di tutela e accoglienza dei minori; Promozione di interventi, prevalentemente a carattere domiciliare, di sostegno alla nascita in famiglie a rischio psico-sociale; Potenziamento e qualificazione degli interventi a tutela dell'infanzia, di prevenzione, contrasto, recupero e trattamento
			Rafforzare e consolidare la collaborazione con il Terzo Settore, in particolare relativamente ai temi dell'affidamento familiare e dell'adozione	Formazione e accompagnamento dei nuclei affidatari; Accompagnamento delle famiglie adottive; Iniziative di promozione dell'affido familiare; Iniziative di sensibilizzazione e/o confronto su aspetti specifici dell'adozione
			Promuovere e consolidare la cultura dell'infanzia e del diritto di cittadinanza di bambini e ragazzi, nonché iniziative di condivisione e messa in rete di buone pratiche in materia	Iniziative pubbliche di sensibilizzazione; Incontri di scambio e confronto tecnico rivolti agli operatori
			Incrementare la risposta accogliente per minori con provvedimento di allontanamento temporaneo dal nucleo d'origine	Nuova apertura di comunità educative; Ampliamento delle comunità esistenti; Sostegno alla semi-residenzialità; Orientamento verso un'accoglienza di tipo familiare
		Piano regionale della prevenzione: obesità infantile; PSSR, approvato con DAL n. 175 del 22.05.2008, LR 28.07.2008, n. 14 art.13, DGR 1247/2008 recante "Obiettivi, azioni prioritarie, criteri di spesa e procedure per la concessione dei contributi per la promozione di attività motorie e sportive finalizzate al miglioramento dello stato di salute — anno 2008"	Attuare il Piano della prevenzione; Promuovere e sostenere azioni volte alla promozione della salute e del benessere della popolazione, con riferimento specifico alle attività motorie e sportive nelle nuove generazioni per contrastare la sedentarietà	Già indicati nel Piano; Strumenti innovativi per il coinvolgimento delle giovani generazioni nell'educazione alla salute; Forme concrete di supporto a progetti mirati alla promozione delle attività motorie e sportive svolti da soggetti pubblici e privati operanti sul territorio (Enti locali, istituzioni scolastiche, CONI, CIP, enti di promozione sportiva, associazioni sportive, ecc.), anche con la collaborazione delle Aziende Sanitarie

Le priorità di benessere finalizzate ai cittadini

PRIORITA' DI BENESSERE FINALIZZATE	CRITICITA' RILEVATE	INDIRIZZI ESISTENTI (REGIONALI, PROVINCIALI O LOCALI)	OBIETTIVI A LIVELLO PROVINCIALE	LINEE DI AZIONE
Giovani	Bisogni di socializzazione e partecipazione	Legge Regionale 21/1996, Legge Quadro; Dpr 567/96: "... istituire le consulte provinciali degli studenti, organi di rappresentanza eletti in ciascun istituto di ogni provincia, con il compito di rappresentare all'amministrazione periferica e centrale della scuola la voce degli studenti, nonché di promuovere pratiche di coinvolgimento istituzionale, partecipazione democratica anche mediante la realizzazione di attività progettuali pensate da e per gli studenti con il supporto degli adulti"; Ex L R 10/2004 per l'istituzione di un gruppo interassessorile volto a promuovere politiche regionali a favore dei diritti di infanzia e adolescenza	Implementare il numero di forme innovative/spazi aggregativi/luoghi creativi non indirizzati direttamente al disagio; Sollecitare la continuità, la conoscenza, la valorizzazione e la messa in rete delle esperienze giovanili di partecipazione; Ascoltare la riflessione delle giovani generazioni in riferimento al territorio di appartenenza, al fine di alimentare la rete di scambio, confronto e condivisione fra Enti locali e nuove generazioni; Contribuire alla creazione di una rete fra chi (Enti Locali, insegnanti, operatori) sono impegnati sul campo della partecipazione attiva dei giovani	Potenziamento del ruolo e della funzione di riferimento dell'educatore professionale ed attivazione di percorsi di educazione fra pari; Potenziamento delle attività sportive quale veicolo di aggregazione giovanile e lotta alla sedentarietà; Implemento del Servizio Civile Volontario; Avvio e sostegno al Progetto regionale Partecipa.Rete per alimentare la partecipazione di ragazze e ragazzi a scuola e negli Enti Locali della regione Emilia Romagna
	Rigidità delle prestazioni e degli interventi dei servizi	PSSR: "sviluppo dei servizi di prossimità", "attivazione risorse formali e informali", "stimolare la domanda di aiuto, supportare la motivazione, attivare accompagnamenti ai servizi del territorio"	Integrare i servizi dedicati (servizi/consultori/spazi) esistenti sul territorio provinciale; Promuovere le forme di coordinamento permanente tra gli attori della prevenzione analogamente a quanto si sta realizzando nel Distretto Città di Piacenza (progetto SERVER)	Percorsi condivisi di accesso e di eventuale presa in carico
	Dipendenze da sostanze legali ed illegali	PSSR: "ripensare l'offerta di valutazione diagnostica e di trattamento in modo che risultino flessibili, accoglienti e prossime alla domanda" e "collegamento tra gli osservatori provinciali sulle dipendenze e gli altri osservatori presenti sul territorio"	Sviluppare i servizi di prossimità e le reti; Attivare percorsi di sensibilizzazione, informazione e prevenzione anche nei luoghi tradizionalmente deputati al divertimento	Aggiornamento indagine "Mondo giovani" come conoscenza del fenomeno e tramite coinvolgimento attivo dei giovani; Sviluppo delle unità di strada; Allargamento della rete dei Comuni aderenti al Progetto "Bus della Notte"
			Integrare gli osservatori del territorio (Provincia, SERT...)	Analisi dei bisogni condivisa
Bisogni intermedi tra il sanitario ed il sociale, soprattutto legati al disagio psichico e relazionale	PSSR, cap. 6: "Lo sviluppo dei Servizi di salute mentale e per le dipendenze patologiche in un'ottica di integrazione"	Attivare una rete di continuità tra sociale e sanitario	Protocolli di collaborazione fra servizi e raccordo con agenzie diverse a quelle del pubblico	

Le priorità di benessere finalizzate ai cittadini

PRIORITA' DI BENESSERE FINALIZZATE	CRITICITA' RILEVATE	INDIRIZZI ESISTENTI (REGIONALI, PROVINCIALI O LOCALI)	OBIETTIVI A LIVELLO PROVINCIALE	LINEE DI AZIONE
Immigrati	Ricongiungimenti familiari; Integrazione delle "seconde generazioni"; Disagio abitativo Carenza di strumenti di informazione, di rappresentanza e di partecipazione	PSSR: "informazione e orientamento per l'accessibilità ai servizi", "attenzione particolare alla nascita, la cura e il percorso di crescita dei figli come ambito privilegiato di integrazione"	Attivare una rete integrata d'offerta tra EELL, Azienda e associazioni di immigrati Attivare percorsi di accesso e presa in carico sanitaria (es. donne, problemi di salute specifici, ecc.)	Definizione e monitoraggio
		Programma regionale 2006-2008 per l'integrazione sociale dei cittadini stranieri; Piano Provinciale Immigrati	Incrementare le potenzialità delle donne straniere, viste come privilegiati agenti di mediazione culturale; Garantire la parità di accesso alle informazioni	Iniziative di formazione (linguistica, socio-sanitaria, "civica"); Iniziative di comunicazione interculturale; redazione e divulgazione di opuscoli e brochures in lingua; implemento di sportelli informativi locali gestiti da mediatori culturali
			Garantire parità di accesso e di dignità nel mondo del lavoro: Garantire l'effettività dell'esercizio dei diritti riconosciuti dalla legge ai cittadini stranieri, anche attraverso la facilitazione delle pratiche burocratiche; Consolidare i percorsi di rappresentanza finalizzati a valorizzare il protagonismo sociale dei cittadini stranieri	Iniziative di formazione che forniscano gli strumenti conoscitivi necessari per l'inserimento nel mondo del lavoro; Politiche di incremento dell'occupazione; Sviluppo di strumenti tecnologici per la condivisione delle informazioni, quali la progettazione di un portale istituzionale coordinato dalla Provincia ed inteso come strumento informativo e applicativo rivolto ai cittadini italiani e stranieri, alle Pubbliche Amministrazioni e agli operatori del settore; Azioni di informazione e sensibilizzazione sulle tematiche dei rifugiati e richiedenti asilo; Proseguimento e sviluppo del Forum provinciale dell'immigrazione; Sostegno all'avvio e al consolidamento delle associazioni promosse da cittadini stranieri
			Sostenere la completa integrazione delle seconde generazioni, anche attraverso la partecipazione alla vita sociale e culturale del territorio	Interventi integrati con le politiche scolastiche, giovanili, culturali e sportive
			Migliorare la situazione abitativa	Costituzione di un'agenzia per la locazione che verifichi la disponibilità sul mercato privato di alloggi sfitti da mettere a disposizione di soggetti deboli, e garantisca l'incontro tra domanda e offerta

Le priorità di benessere finalizzate ai cittadini

PRIORITA' DI BENESSERE FINALIZZATE	CRITICITA' RILEVATE	INDIRIZZI ESISTENTI (REGIONALI, PROVINCIALI O LOCALI)	OBIETTIVI A LIVELLO PROVINCIALE	LINEE DI AZIONE
Adulti	Disagio psichico e dipendenze; Malattie cardiovascolari e tumori sopra alla media regionale; Esclusione sociale e povertà; Debolezza delle reti formali e informali	PSSR: "contrasto all'esclusione sociale attraverso interventi su casa, lavoro, integrazione"	Attivare una presa in carico dell'utente con bisogno multiplo da DSM; Servizi sociali e servizi alla persona; Potenziare le azioni informative e preventive per la responsabilizzazione e l'educazione alla salute del cittadino	Protocollo e procedure condivise dei percorsi di presa in carico a livello provinciale; Attuazione del protocollo e monitoraggio anche distrettuale; Conferenze, opuscoli informativi, attività di sensibilizzazione
			Potenziare, articolare e differenziare gli interventi di contrasto della povertà e dell'esclusione sociale	Omogeneità di risposte nel territorio provinciale; Progetti personalizzati di inclusione
			Sviluppare interventi integrati per l'inserimento o il reinserimento sociale di persone in situazione di esclusione (es. nonnolazione nomade, persone in carcere...)	Definizione di accordi e protocolli tra EELL, ASL e Istituto Penitenziario
			Rafforzare la rete, i legami tra le varie realtà pubbliche e del privato sociale che intervengono nel contrasto alla povertà: fra aree di intervento (sociale e sanitario) e fra politiche e servizi che si occupano di aspetti diversi del bisogno (lavoro, casa, salute)	Implemento delle sinergie tra enti locali/privato sociale; Attivazione di tavoli istituzionali di concertazione; Mappatura delle iniziative in atto (Equal, settore formazione della Provincia)
			Sviluppare iniziative a carattere innovativo per rispondere ai bisogni di persone non riconducibili agli utenti tradizionali dei servizi sociali, ma alle cosiddette "nuove povertà"	Attivazione di percorsi personalizzati e progetti individuali con approccio multidimensionale
			Sviluppare e privilegiare interventi promozionali, di accompagnamento, di potenziamento delle capacità e delle risorse personali, contrastare i rischi di indurre dipendenza dall'intervento assistenziale	Programma PARI per reinserimento professionale di: -svantaggiati disoccupati ovvero persone con gravi problemi sociali o sanitari certificati dalle competenti strutture pubbliche (es. dipendenza da alcolismo o tossicodipendenza, ex detenuti, area penale esterna, ecc.); -monogenitori disoccupati ovvero persone che vivono sole con uno o più figli minori a carico; Incentivi a datori di lavoro privati che assumono i destinatari del Programma PARI

Le priorità di benessere finalizzate ai cittadini

PRIORITA' DI BENESSERE FINALIZZATE	CRITICITA' RILEVATE	INDIRIZZI ESISTENTI (REGIONALI, PROVINCIALI O LOCALI)	OBIETTIVI A LIVELLO PROVINCIALE	LINEE DI AZIONE
Disabili	vedi documento CTSS sulla rimodulazione della rete dell'offerta del 14 maggio 2007	PSSR: "sviluppare e qualificare l'organizzazione della rete dei servizi", "promuovere la qualità e l'integrazione professionale", "qualificare gli interventi per minori con disabilità", "consolidare gli interventi territoriali per il dopo di noi", "potenziare gli interventi per persone con disabilità acquisita", "curare l'inserimento lavorativo", "garantire la mobilità, l'accessibilità e la vita indipendente"; Accordo provinciale sulla disabilità per il Diritto allo Studio	Rileggere il documento CTSS sulla rete provinciale tenendo conto delle caratteristiche/tendenze dell'utenza	Costruzione della rete delle strutture a carattere provinciale; implementazione della rete ridefinita, con identificazione di "vocazioni" specifiche delle strutture e dei percorsi di accesso alle strutture provinciali; Rimodulazione interna ai distretti della rete di primo livello
			Avviare nuova progettualità per interventi e servizi alternativi all'inserimento in struttura	Potenziamento degli interventi rivolti alla domiciliarità (assistenza domiciliare, interventi di sollievo, assegno di cura, servizi extra-time, socializzazione/tempo libero, sperimentazione di forme di domiciliarità innovativa) e ad esperienze lavorative/occupazionali
			Definire obiettivi e interventi per disabili ultraquarantenni o privi del supporto familiare	Supporto ai genitori/alle famiglie nella fase di distacco al fine di favorire le autonomie
			Attivare una presa in carico integrata e processi di continuità assistenziale che prevedano fattori di protezione nelle difficili transizioni del ciclo di vita (passaggio dall'età infantile all'età adulta, dimissioni protette, sostegno psicologico nelle fasi precoci della diagnosi sia per la disabilità congenita sia per la disabilità acquisita)	
	Difficoltà nell'inserimento lavorativo	DGR 731/2008; Legge 328/2000; PSSR: DGR 1448/07;	Inserire il disabile in un percorso graduale e integrato che si ponga come obiettivo finale l'acquisizione di un rapporto di lavoro stabile	Co-progettazione degli interventi dei diversi attori locali competenti (Servizi provinciali, Comuni, AUSL, etc.) per particolari tipologie di disabilità; Predisposizione e verifica periodica dei programmi di intervento su tipologia di particolare difficoltà nell'inserimento lavorativo
	Rete 2068 per disabili con disabilità gravissime acquisite	DGR 2068/2004	Perfezionare la rete e le connessioni con la <i>rete gracer</i>	

Le priorità di benessere finalizzate ai cittadini

PRIORITA' DI BENESSERE FINALIZZATE	CRITICITA' RILEVATE	INDIRIZZI ESISTENTI (REGIONALI, PROVINCIALI O LOCALI)	OBIETTIVI A LIVELLO PROVINCIALE	LINEE DI AZIONE
Anziani	Scarsa visione del ruolo attivo dell'anziano nella comunità	PAR - Piano di Azione Regionale per la popolazione anziana, approvaz. DGR 2299/2004 e modificaz. DGR 1598/06	Diffondere ed implementare il Piano di Azione Regionale per la popolazione anziana con promozione del ruolo attivo della persona anziana e con atteggiamento positivo verso l'invecchiamento	Opuscoli informativi, attività di sensibilizzazione alla salute e al benessere in età senile; gruppi di sostegno e di auto-aiuto
	Isolamento e solitudine; Rete dell'offerta inadeguata rispetto ai nuovi bisogni	PSSR: "informazione, accesso, relazioni, comunicazione", promozione della salute e prevenzione della disabilità", "sviluppo della domiciliarità e valorizzazione del lavoro di cura", "ridisegno della rete secondo un sistema di cure gradual", "sperimentazione di servizi e interventi per i nuovi bisogni", "sostenere nuove forme di convivenza"; Linee regionali e provinciali FRNA	Attuare le linee guida previste dalla CTSS per la programmazione del FRNA 2007-2009	Riequilibrio posti protetti, sviluppo SAD, posti CD, posti di sollievo, assegno di cura, interventi di sostegno al badantato, interventi di contrasto all'isolamento
	Barriere architettoniche in ambito domestico	Riparto FRNA e relativi criteri di utilizzo, CTSS del 11/09/2007	Promuovere specifiche iniziative per il sostegno economico per l'adattamento domestico	Allestimento di ausili tecnologici e di soluzioni strutturali

2. Le priorità di benessere trasversali

2.1 Il contrasto alla vulnerabilità sociale

Il concetto di vulnerabilità sociale descrive un malessere che assume i tratti del disagio e si traduce, più che in una vera e propria crisi, in uno sfondo di incertezza del futuro e appiattimento del presente, che arriva a toccare anche strati sociali tradizionalmente collocati in una posizione protetta e garantita: lavoratori a basso salario o con lavoro precario, famiglie che faticano a sopportare i nuovi carichi di cura di malati/anziani non autosufficienti, giovani che non riescono a vivere con equilibrio le responsabilità della vita adulta sociale.

In un'ottica multidimensionale, si può parlare di *circuiti cumulati del disagio* – non necessariamente manifesto – che a quello strettamente economico sommano una crescente vulnerabilità abitativa, lavorativa e relazionale, congiuntamente ad una contrazione delle opportunità ed alla scomparsa della progettualità esistenziale.

Il riconoscimento di situazioni di povertà specificamente alimentate dalla precarietà sociale, lavorativa, abitativa, relazionale costituisce un elemento non trascurabile per la definizione delle politiche socio-sanitarie: siamo infatti in presenza di una povertà che può essere contrastata, in chiave preventiva, attraverso misure ben diverse da quelle caratterizzanti il profilo assicurativo dei nostri sistemi di protezione sociale. La valutazione delle risorse non deve “sbilanciarsi” verso l’obiettivo del solo sviluppo economico: va invece qualificato e innovato ulteriormente il livello dei servizi esistenti.

Al fine di produrre reali processi di innovazione e modernizzazione economica e sociale e definire priorità condivise per arrivare ad orientare tutta la programmazione locale, la prospettiva di lavoro da percorrere implica allora la necessità di superare la settorialità con cui si muovono tradizionalmente gli enti e di avviare alla complessità dei percorsi di accesso e fruizione dei servizi pubblici (sociali e sanitari). Questo porta a ribadire che le nuove politiche da adottare debbano essere progettate avendo come obiettivo quello dell’integrazione delle varie sfere e degli ambiti di vita. E non solo: oggi più che mai diventa estremamente necessario tendere alla personalizzazione degli interventi, mappando la rete dell’offerta e le variabili attive sull’insorgenza del bisogno, analizzando i comportamenti di ricorso ai servizi e definendone le ricadute in termini di risposta.

Una risoluzione strategica deve avvalersi quindi di una visione complessiva, che preveda la concertazione e il raccordo di diverse politiche comunitarie: consumi, casa, reddito, lavoro e, più generalmente, salute e benessere.

Una particolare forma di disagio è quella legata all'**abitazione**: il suo possesso rappresenta indubbiamente un

La vulnerabilità: un fenomeno in preoccupante aumento

I circuiti del disagio accumulano la vulnerabilità, riducono le opportunità, impediscono la progettualità di prospettive

Risoluzioni strategiche? La concertazione delle politiche e la personalizzazione degli interventi

elemento di protezione e di “sicurezza” socio-economica, ma si rileva che le stesse condizioni di salute fisiche e mentali sono strettamente connesse alle qualità dei locali in cui si vive (freddi, umidi sovraffollati...).

La mancanza di un’abitazione rappresenta uno dei principali fattori di rischio

La mancanza di un’abitazione o la sua non idoneità alle esigenze individuali o familiari costituisce un fattore di rischio importante: la casa può rappresentare una risorsa per chi la possiede in proprietà, quale quota rilevante del proprio patrimonio a cui si può ricorrere in caso d'emergenze, ma può diventare anche una fonte di tensione economica e finanziaria per chi è costretto invece a ricorrere all'acquisto/all'affitto nel caso non riesca ad accedere ad un mutuo o ad utilizzare le proprie disponibilità finanziarie per acquistarla.

L'indebolimento del contenuto di “integrazione” sociale del lavoro, sempre più flessibile e quindi scarsamente coesivo, ha acquisito negli ultimi anni un rilievo crescente nel dibattito politico, scientifico, sindacale, imprenditoriale, economico. Nel mercato del lavoro odierno il **lavoro atipico** è dunque diventato un motivo di riflessione ricorrente che si ripercuote sulle principali trasformazioni in corso nell'economia globale: alla stabilità ed alla continuità del "posto fisso" si oppongono la precarietà e la discontinuità delle attuali modalità di occupazione flessibile. Ci si trova in presenza di un processo generale di destabilizzazione, con particolari ripercussioni sui giovani che, sempre più spesso, fanno il loro ingresso nel mercato del lavoro con contratti atipici e, altrettanto spesso, faticano e tardano a stabilizzare la loro posizione. La **precarietà lavorativa**, peraltro, alimenta situazioni di disoccupazione ricorrente che rischiano di cronicizzarsi e condurre così al ritiro dal mercato del lavoro.

Lavoro come fonte di reddito, ma non solo...

... incide anche sui processi identitari di appartenenza, riconoscimento, socialità

E' dimostrato infine che, sul piano della salute, l'insicurezza del lavoro può provocare un aumento dell'ansia, della depressione e dei problemi cardiovascolari.

Sono numerosi ed eterogenei i fattori che concorrono a determinare congiuntamente il **disagio relazionale** inteso come l'incapacità di “tenuta” delle relazioni nei confronti delle istituzioni portanti la socialità: dal grado d'inserimento sociale di un individuo/di una famiglia alla qualità della vita in un determinato territorio. Le varie forme di disagio, compresa quella di natura economica, assumono diverso rilievo e gravità a seconda che l'individuo/la famiglia dispongano o meno di una rete di relazioni sociali, sia familiari sia amicali, in grado di “ammortizzare” gli effetti dei fattori di rischio di insostenibilità prospettica della vita personale/familiare.

Le relazioni sociali sono in grado di “ammortizzare” gli effetti dei principali fattori di rischio

Gli aiuti ricevuti o prestati, nell'ambito della rete amicale o familiare, così come le possibilità – o le difficoltà – di accesso ai servizi socio-sanitari o a quelli di tipo informativo, possono agire diversamente in termini di capacità a fronteggiare le situazioni critiche individuali e familiari.

Assistiamo ad un periodo di **trasformazioni sociali ed economiche** che ci costringono a rivisitare il concetto di povertà: da fenomeno residuale, che si confidava di riassorbire nel tempo, in una prospettiva di progressiva estensione generalizzata del benessere e che designava il gradino più basso della stratificazione sociale, si è passati ad un approccio multidimensionale e dinamico, che lega la deprivazione nella sfera economica a forme di disagio anche in altre dimensioni dell'esistenza.

Il fenomeno delle nuove povertà va ben oltre la sola scarsità di risorse materiali...

Oggi la vulnerabilità economica non è più strettamente determinata dalla scarsità di risorse materiali, ma si allaccia ad una ridotta capacità individuale ad utilizzare le risorse per convertirle in determinate condizioni di esistenza. Quelle attuali sono definite "nuove povertà": si tratta di nuovi stati di deprivazione, causa di gravi crisi delle persone e delle loro famiglie, deprivazioni che a loro volta si ricongiungono ad una fitta rete di disagi di varia natura.

... si allaccia all'incapacità individuale di riconvertire la propria condizione di esistenza

Al tradizionale approccio disciplinare economico-statistico, che si avvale di analisi meramente tecniche di valutazione e misurazione della povertà (essenzialmente reddito e spesa per consumi), si deve quindi affiancare un raccordo con elementi tratti dalle discipline sociologiche e psicologiche, che uniscano alla lettura del bisogno un approfondimento efficace dell'assetto del contesto sociale, relazionale, familiare. La finalità è quella di arrivare a politiche preventive, che sappiano porre anche l'attenzione sulle variabili soggettive, gli aspetti comportamentali, le possibilità di autorealizzazione dei soggetti.

2.2 La promozione della sicurezza

Il tema della sicurezza è oggi centrale nella vita di tutte le società sviluppate; si tratta di insicurezza nelle prospettive, di insicurezza sociale legata al diffondersi di microcriminalità, ma anche di atteggiamenti sociali poco rispettosi delle esigenze degli altri, di scarsa aderenza alle regole sociali, di identità culturale.

E' evidente che ciò fa riferimento ad evoluzioni sociali complesse, spesso riferite a fenomeni che non solo travalicano l'ambito provinciale, ma addirittura nazionale.

Ma spesso questo bisogno di sicurezza confuso e poco strutturato ha impatti rilevanti sul benessere delle persone e, più o meno indirettamente, sul sistema dei servizi sociali e sanitari e più complessivamente sull'attività della pubblica amministrazione.

In particolare in questa sede vanno evidenziati due aspetti che richiedono di attivare risposte credibili sia per le conseguenze che determinano, sia per la loro crescita in termini numerici: ci si riferisce al tema della sicurezza sui posti di lavoro e a quello dell'incidentalità stradale.

- La sicurezza sul lavoro

La **sicurezza sul lavoro** rimane uno dei temi drammatici che la cronaca porta quotidianamente in evidenza. I principali fattori generatori di rischio: da un lato le inadempienze da parte delle

Sicurezza sul lavoro: inadempienze delle aziende e carichi troppo pesanti per i lavoratori

aziende rispetto alla normativa vigente in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, dall'altro la situazione di disagio in cui operano lavoratori e lavoratrici in termini di carichi e ritmi di lavoro, nonché di incertezza sul futuro, che può arrivare a determinare un pericoloso abbassamento del livello di attenzione e concentrazione.

Nell'ambito delle politiche del lavoro ampio rilievo assumono dunque gli interventi per la "qualità" del lavoro, della sua regolarità e della sua sicurezza. Prerogative e compiti della Provincia in proposito sono delineati in norme nazionali e regionali (Legge 448/1998 art. 78 – comma 4 e Legge regionale 17/2005 "Norme per la promozione dell'occupazione, della qualità, sicurezza, e regolarità del lavoro").

In base ai summenzionati precetti normativi ed atti di indirizzo e alle positive esperienze di integrazione interistituzionale maturate nel territorio, è opportuno il consolidamento attraverso l'elaborazione di Piani di lavoro e la costituzione di specifici tavoli interistituzionali con il coordinamento dell'Assessorato provinciale al lavoro e alla Formazione.

- La sicurezza sulla strada

Il gran numero di persone che subiscono lesioni, più o meno gravi, in seguito ad incidenti stradali costituiscono la prova che, anche in termini di costi sociali legati all'assistenza e alla riabilitazione, ci troviamo di fronte ad un'"emergenza" non trascurabile. E' del tutto evidente, quindi, che le problematiche legate alla **sicurezza stradale**, pur nella molteplicità dei fattori implicati e degli organismi ed enti interessati ad azioni preventive e correttive, devono costituire necessariamente un aspetto primario delle politiche finalizzate alla salute e al benessere. In quest'ottica, diventano una priorità l'individuazione e la programmazione di nuove strategie di prevenzione che tengano conto delle tre direttrici (ambiente, veicolo, conducente) e consentano allo stesso tempo un incremento della cultura della sicurezza sulle strade a breve, medio e lungo termine. Va peraltro richiamata l'attenzione degli enti gestori del patrimonio viario ad una rigorosa politica finalizzata alla assoluta priorità negli interventi della sicurezza, nonché alla urgente messa a punto di un sistema informativo unico sulla sicurezza stradale.

Un esempio di buona prassi, sperimentata a questo proposito nel distretto cittadino e in 16 comuni del territorio provinciale durante i mesi estivi, è stata la realizzazione di un **Bus della Notte**, pensato con l'obiettivo di prevenire le stragi del sabato sera e tutelare la sicurezza dei ragazzi che si recano in discoteca nel fine settimana. Il servizio ha riscosso un consenso crescente da parte delle giovani generazioni, con una richiesta a volte addirittura al di sopra della disponibilità dei mezzi utilizzati.

Politiche del lavoro per incentivarne la qualità, la regolarità e la sicurezza

Nuove strategie di prevenzione, incremento della cultura della sicurezza, messa a punto di un sistema informativo unico sul tema

Nel territorio provinciale il Bus della Notte per prevenire le stragi del sabato sera

Le priorità di benessere trasversali

PRIORITA' DI BENESSERE TRASVERSALI	CRITICITA' RILEVATE	INDIRIZZI ESISTENTI (REGIONALI, PROVINCIALI O LOCALI)	OBIETTIVI A LIVELLO PROVINCIALE	LINEE DI AZIONE
Contrasto alla vulnerabilità sociale (relazionale, economica: nuove povertà, lavorativa, abitativa)	Diminuzione della capacità della struttura sociale e dei suoi attori di interagire con il mondo circostante ed assorbire i principali momenti di crisi	PSSR: "prevenire e rimuovere situazioni di esclusione sociale", "affrontare la cosiddetta povertà immateriale", "approfondire la conoscenza della dimensione territoriale della povertà e le sue caratteristiche"	Sostenere le reti sociali e di prevenzione per i soggetti fragili in particolare nelle aree di marginalità a rischio di deriva sociale	Mappatura della rete dell'offerta; Mappatura delle variabili multidimensionali attive sull'insorgenza del bisogno, sulla percezione del bisogno e sul comportamento di ricorso ai servizi; Definizione della ricaduta in termini di risposta di servizi
			Integrare le politiche e gli interventi di raccordo con le programmazioni delle politiche in riferimento a lavoro, casa...	Iniziative formative per la condivisione e valorizzazione delle "buone pratiche"; Descrizione ed analisi condivisa della vulnerabilità sociale in ambito provinciale; Evidenziazione di eventuali specificità del bisogno locale e di target di popolazione fragile che necessitano di interventi prioritari
Sicurezza sul lavoro	Presenza, nel contesto provinciale, di incidenti sul lavoro, con particolare riguardo a specifici settori/comparti; Presenza di correlazioni tra fenomeni di irregolarità ed insicurezza del lavoro	<ul style="list-style-type: none"> • Legge Reg. 17/2005 "Norme per la promozione dell'occupazione, della qualità, sicurezza e regolarità del lavoro"; Legge 448/98, art. 78, comma 4. • POR Emilia Romagna, Asse Adattabilità: sviluppare un sistema integrato di sicurezza e qualità del lavoro. • Piano Provinciale per la promozione della sicurezza, regolarità e qualità del lavoro (approvato con Delibera G.P. 2005) • Protocollo interistituzionale per la promozione della sicurezza, regolarità e qualità del lavoro, sottoscritto da Provincia, Prefettura, A.S.L., C.C.I.A.A., Direzione Provinciale del lavoro, INAIL, INPS (maggio 2005). • Programma Provinciale delle politiche dell'istruzione, formazione e lavoro 2007-2009. • PSSR: "promozione di un sistema integrato di sicurezza e di miglioramento della qualità della vita lavorativa". • PSSR e DGR 963/2008: "la CTSS promuove, con il supporto dell'Azienda USL, interventi di promozione della salute e di prevenzione". • PRP: "piani mirati per comparti a rischio". 	Avviare, in una più generale ottica di qualità del lavoro, interventi mirati alla diffusione di una cultura della sicurezza e regolarità del lavoro; Concorrere alla diminuzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali; Favorire la corretta concorrenza tra le imprese; Presidiare l'introduzione delle innovazioni sulla governance territoriale in una ottica di integrazioni tra Enti	<p>Per parte di competenza provinciale: consolidamento, nell'ambito della governance locale, delle esperienze maturate a seguito dell'approvazione del Piano Provinciale per la promozione della sicurezza, regolarità e qualità del lavoro, anche mediante la costituzione di specifico Tavolo Interistituzionale, con il coordinamento dell'Assessorato Provinciale al Lavoro e alla Formazione; definizione ed attivazione delle linee progettuali definite dal Tavolo, garantendo il raccordo dell'Assessorato al Lavoro e Formazione con le Parti sociali (Commissione di Concertazione) e gli altri attori territoriali (CTSS); Attivazione di piani ed azioni specificatamente rivolti ad ambiti e comparti che presentino criticità e/o necessità di intervento, mirati alle specificità dei diversi territori distrettuali</p> <p>Per parte di competenza AUSL: azioni proattive per la prevenzione dei rischi attraverso una medicina del lavoro "d'iniziativa", in particolare rivolta alle fasce deboli e attraverso la diffusione delle competenze e della "consapevolezza del rischio"</p>
Sicurezza sulla strada	Aumento degli incidenti che generano mortalità e disabilità	PRP: "sorveglianza ed analisi del fenomeno", "informazione e prevenzione attraverso alleanze fra i diversi soggetti coinvolti"	Avviare interventi atti alla diminuzione degli incidenti sulla strada	Individuazione di obiettivi prioritari e piani di intervento comuni; Azione di stimolo affinché il criterio prioritario della costruzione/manutenzione strade sia la sicurezza; Predisposizione di un unico sistema informativo (AUSL, Provincia, Comuni, Polizia); Soluzioni locali soprattutto a tutela della fascia giovanile, ad esempio tramite ampliamento della rete dei Comuni aderenti al Progetto "Bus della Notte"

3. Le priorità di sistema

3.1 Il consolidamento e la valorizzazione della rete distrettuale

L'integrazione socio-sanitaria non può che prendere spunto da una serie di interventi di sistema che si rendono necessari da una parte per migliorare la qualità dei servizi e delle prestazioni e dall'altra per superare la logica dell'intervento settoriale e dell'autoreferenzialità delle strutture organizzative.

Il nuovo assetto dei Distretti comporta anche la necessità di uno sforzo teso a dare omogeneità ed uniformità, specialmente per i Distretti di Ponente e Levante, nei quali la numerosità dei Comuni partecipanti comporta un'oggettiva difficoltà di governo del sistema. Supportando il processo di cambiamento dei Distretti, consolidandone l'organizzazione e arrivando a definire la piena assunzione dei nuovi ruoli e della nuova "cultura" degli organismi istituzionali, si vuole promuovere una nuova, fattiva, governance territoriale. L'obiettivo è quello di arrivare a creare una vera e propria **identità di Distretto**, in una situazione nella quale le storie dei Comuni sono diverse, spesso in modo molto rilevante. In questo senso, un ruolo importante, oltre allo sviluppo della capacità di governo, si ritiene che potrà essere svolto dal rafforzamento qualitativo e quantitativo degli attuali Uffici di Piano.

Una rete strutturata dei servizi sociali tra Comuni del Distretto garantisce alti livelli di protezione sociale, standard di qualità elevata dei servizi erogati ai cittadini e l'opportunità di una governance territoriale di programmazione con i Comuni del Distretto che si articoli sul piano dell'efficacia e dell'efficienza.

L'associazionismo dei Comuni, che potrà consentire una semplificazione nella gestione e nella fase di governo, la **riassunzione delle deleghe socio-assistenziali da parte dei Comuni**, che potrà dare avvio a nuove forme di gestione integrata, anche con il supporto del nuovo Ufficio di Piano e il **nuovo ruolo delle ASP**, quali nuovi soggetti pubblici produttori ed erogatori di servizi, diventano allora propedeutici ad uno sviluppo in questa direzione.

Le strutture amministrativa, demografica e geografica del territorio provinciale rendono necessaria una seria riflessione sul livello adeguato di gestione dei servizi comunali in generale – e nel settore sociale in modo particolare. All'attuale coesistenza di modalità plurime di gestione ed alle evidenti difficoltà gestionali e di programmazione, si risponde con la gestione associata dei servizi sociali definita sulla base di aree omogenee, al fine del pieno raggiungimento di obiettivi di qualità e di equità territoriale. L'associazionismo diviene perciò, e non solo nell'ambito sociale, uno degli obiettivi principali di politica istituzionale del territorio provinciale: la stessa Amministrazione si assumerà l'incarico, anche attraverso la CTSS, del supporto al percorso innovativo e dello studio delle condizioni per uno sviluppo delle forme associative nel territorio della provincia.

Creare un'identità di Distretto che comprenda storie e trascorsi comunali diversi, talora in modo molto rilevante

L'associazionismo dei Comuni è un tema di rilevanza strategica

Nel campo dei servizi sociali *gestire assieme* significa migliorare la qualità e semplificare il sistema

La nuova articolazione dei Distretti ripropone in termini nuovi **il tema del rinnovo della scelta di delegare alcune funzioni** (minori e disabili) all'Azienda da parte dei Comuni o di esaminare altre opzioni gestionali. La necessità di una verifica è da assumere anche in considerazione della L.R. 2/03 che prevede che i Comuni possano ancora delegare la gestione di attività o servizi socio-assistenziali all'Azienda USL, a patto che l'Azienda stessa assuma la gestione di attività che presentino omogeneità per area di intervento ed ambito territoriale.

L'implementazione del FRNA e la costituzione dell'Ufficio di Piano nei distretti Levante e Ponente può accompagnare a livello tecnico l'avvio di nuove forme di gestione integrata relativamente al settore disabili ex delegato, ma va contestualmente avviato un ulteriore approfondimento relativamente ai minori, tenendo conto anche dei nuovi adempimenti legati alla DGR 846/07.

La suddetta "Direttiva in materia di affidamento familiare e accoglienza in comunità" fa infatti presagire necessità di ulteriori adeguamenti in termini di risorse rispetto alla situazione attuale. Si ritiene in ogni caso che tale processo debba trovare una sua omogeneità a livello distrettuale.

Obiettivi, tempi e modalità del processo di eventuale ri-assunzione delle funzioni delegate dagli EELL potrebbero essere definiti in tempi brevi, ma sicuramente dovranno essere previsti entro l'anno 2009, in considerazione anche delle altre scadenze riportate dalla legislazione vigente.

La L.R. n. 2 del 12 marzo 2003, in attuazione delle disposizioni di cui alla L. n. 328/2000 e al Decreto Legislativo n. 207/2001, ha definito concretamente **il percorso di riforma delle IPAB esistenti sul territorio regionale e la loro trasformazione in Aziende di diritto pubblico** e, in via residuale, in soggetti privati, assegnando alle future ASP il ruolo di soggetti pubblici produttori ed erogatori di servizi.

Tale scelta, operata con convinzione dalla Regione Emilia-Romagna, mira a fornire un assetto più strutturato e funzionale alla componente pubblica del sistema di produzione dei servizi in ambito sociale e socio-sanitario. L'ambito territoriale di riferimento ottimale delle ASP sarà rappresentato dall'ambito distrettuale ed, in ogni caso, l'ASP dovrà riferirsi ad un ambito territoriale definito ed omogeneo. L'ASP dovrà caratterizzarsi come azienda multiservizi per garantire economicità e qualità degli interventi. Le Aziende derivanti dal processo di trasformazione delle attuali istituzioni, dovranno rapportarsi alle esigenze della programmazione locale, così come definita dai Piani di Zona distrettuali per la salute e il benessere sociale, attuando un processo di aziendalizzazione in una logica di sviluppo delle proprie capacità gestionali e organizzative, per essere in grado di produrre ed erogare i servizi socio assistenziali, socio sanitari e, se richiesto, socio educativi, sviluppando anche nuovi servizi alla persona, nonché garantendo efficienza, economicità e qualità delle prestazioni.

Anche nella provincia di Piacenza, sia pure con un ritardo determinato dal ridisegno del sistema distrettuale attuato nel 2007,

32 Comuni piacentini su 48 oggi delegano le funzioni socio-assistenziali per minori e disabili

Le nuove ASP: un assetto più strutturato alla componente pubblica del sistema di produzione dei servizi in ambito sociale e socio-sanitario

si sta avviando la trasformazione delle IPAB in ASP. Il percorso che è stato avviato prevede la costituzione, il primo gennaio 2009, in ogni ambito distrettuale di una ASP, per le attività più propriamente socio assistenziali e una sola ASP – già costituita – per il Diritto allo studio nel Distretto Città di Piacenza.

Il piano di trasformazione complessivo prevede:

**Il nuovo ruolo delle
ASP nella rete
integrata dei servizi**

-DISTRETTO CITTA' DI PIACENZA:

Azienda Pubblica di Servizi alla Persona
"ASP COLLEGIO MORIGI – DE CESARIS", PIACENZA;

ASP "Città di Piacenza";

-DISTRETTO LEVANTE:

"CASA PROTETTA VASSALLI REMONDINI",
CASTELL'ARQUATO (PC);

ISTITUTO E. BIAZZI - IPAB - STRUTT. PROTETTA",
CASTELVETRO PIACENTINO (PC); "CASA PROTETTA
IPAB DR. GIANNI PERINI" CORTEMAGGIORE (PC);

-DISTRETTO PONENTE:

"CASA PROTETTA ALBESANI", CASTEL SAN GIOVANNI;
"ISTITUTO ANDREOLI", BORGONOVO V.T.

<p>LE NUOVE ASP: SCHEDE SINTETICHE</p>	<p>Azienda Pubblica di Servizi alla Persona "ASP Collegio Morigi - De Cesaris", Piacenza</p>	<p>ASP "Città di Piacenza"</p>	<p>"CASA PROTETTA VASSALLI REMONDINI", CASTELL'ARQUATO (PC); ISTITUTO E. BIAZZI - IPAB - STRUTT. PROTETTA", CASTELVETRO PIACENTINO (PC); "CASA PROTETTA IPAB DR. GIANNI PERINI" CORTEMAGGIORE (PC)</p>	<p>"CASA PROTETTA ALBESANI", CASTEL SAN GIOVANNI, "ISTITUTO ANDREOLI", BORGONOVO V.T.</p>
<p>Percorso di realizzazione</p>	<p>ASP Collegio Morigi - De Cesaris, che opera nel campo del diritto allo studio, trae origine dalla trasformazione delle seguenti Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (Ipab): l'Ipab "Collegio Morigi" e l'Ipab "Fondazione De Cesaris - Nicelli - Cella - Ceruti"</p>	<p>L'ASP "Città di Piacenza", con finalità di tipo socio-assistenziale, trarrà origine dalla trasformazione delle seguenti IPAB: "Pensionato e Casa Protetta Vittorio Emanuele II", "Ospizi Civili di Piacenza", "Fondazione Pinazzi Caracciolo" e "Pio Ritiro di Santa Chiara"</p>	<p>Nella Zona Sociale coincidente col Distretto della Val d'Arda e Val Nure si costituirà un'unica ASP socio-assistenziale derivante dalla fusione delle IPAB di Castell'Arquato, di Castelvetro Piacentino e di Cortemaggiore. Si tratterà di un'ASP plurisettoriale e multiservizi operante in tutte le aree indicate nel PDZ</p>	<p>Nella Zona Sociale coincidente col Distretto di Ponente si costituirà un'unica ASP socio-assistenziale derivante dalla fusione dell'Ipab di Castel San Giovanni e di Borgonovo. Si tratterà di un'ASP plurisettoriale e multiservizi operante in tutte le aree indicate nel PDZ</p>
<p>Finalità</p>	<p>Erogazione di borse di studio ed altre provvidenze economiche a sostegno del successo formativo; interventi relativi al supporto logistico, economico e socio-culturale</p>	<p>Assistenza sociale e socio-sanitaria a persone affette da tossicodipendenza/emarginazione sociale; assistenza sociale e socio-sanitaria a persone anziane o comunque fisicamente e/o socialmente svantaggiate; assistenza sociale e socio-sanitaria di minori e adulti diversamente abili; cura, educazione ed assistenza di minori senza famiglia o con famiglie con difficoltà ad assicurare i necessari compiti di cura; accoglienza alloggiativa a donne prive di famiglia ed in disagiate condizioni socio-economiche nonché a donne che abbiano l'esigenza di separarsi da contesti familiari problematici</p>	<p>Anziani; Minori, Emarginazione sociale, Immigrazione; Disabili, Formazione operatori</p>	<p>Adulti; Minori; Anziani</p>

3.2 L'integrazione sociosanitaria

Per fronteggiare la crescente complessità dei bisogni in rapido cambiamento, il carattere sistemico e la multifattorialità dei modelli attuali, il nuovo Piano Sociale e Sanitario, superando il tradizionale approccio di risposta che si è determinato negli anni attraverso la rete dei servizi, promuove oggi la centralità dell'**integrazione** quale principio fondamentale di governance e primo presupposto per una programmazione efficace: *«l'integrazione tra servizi sociali e sanitari è una necessità per organizzare risposte e interventi fondati sul riconoscimento delle persone nella loro globalità ed in rapporto ai loro contesti di vita»* e costituisce *«un valore primario e, al contempo, obiettivo strategico del sistema regionale del sistema regionale di welfare»*.

E' il tema portante, il fil rouge dell'intera programmazione: come tale non può che prendere spunto da una serie di interventi di sistema che si rendono necessari sia per migliorare la qualità dei servizi e delle prestazioni sia per superare la logica dell'intervento settoriale e dell'autoreferenzialità delle strutture organizzative.

Il tema dell'integrazione esprime sinteticamente la "sfida" di un disegno complessivo, enfatizzato anche dalla stessa 328/2000, la cui declinazione si sviluppa su piani diversi:

-sul piano **istituzionale**, nella regolazione delle responsabilità tra le diverse istituzioni presenti sul territorio;

-sul piano **comunitario**, nella prospettiva dell'attivazione di tutta la comunità (attori pubblici e privati, istituzionali e sociali) per la promozione della salute e del benessere;

-sul piano **gestionale**, per garantire organicità e unicità dei processi organizzativi e delle modalità di utilizzo delle risorse e per definire un sistema unificato di accesso ai servizi che preveda in particolare:

- la connessione tra sportelli sociali e sportelli distrettuali sanitari e la definizione di percorsi integrati e unitari di accesso ai servizi della rete;
- la costituzione di strutture professionali integrate tra AUSL e Comuni per la valutazione e la progettazione individualizzata degli interventi;
- la strutturazione di processi di continuità assistenziale;
- la definizione di un sistema informativo unitario relativo ad attività e risorse.

-sul piano **professionale**, del raccordo e della cooperazione ordinaria tra i diversi professionisti sociali e sanitari.

Questi gli strumenti da utilizzarsi per sostenere operativamente l'integrazione territoriale:

**E' necessario
arrivare ad operare
con una modalità
integrata...**

- il consolidamento del ruolo degli organismi tecnici di supporto e monitoraggio alla programmazione – in particolare il tavolo di coordinamento interdistrettuale e l'Ufficio di supporto alla Conferenza;
- lo sviluppo di strumentazioni di e.democracy (newsletter, sondaggi, focus group...) finalizzate ad accompagnare l'implementazione dei processi programmatori, gestionali e di monitoraggio dei servizi sociali e sanitari integrati: www.provincia.pc.it/partecipa/benessere.

La creazione di un **sistema informativo sociosanitario** rappresenta la condizione indispensabile per il raggiungimento di ogni obiettivo di miglioramento della qualità dei servizi ed integrazione sociosanitaria. Da questo punto di vista occorrerà prendere in particolare considerazione le iniziative programmate dalla Regione al fine di un inserimento delle procedure locali nei sistemi regionali. In quest'ambito, gli obiettivi da ottenere sono comunque quelli relativi alla non duplicazione delle attività di data entry, dell'alimentazione automatica degli strumenti di front office, delle uniformità delle informazioni e dei metodi di raccolta dati tra il settore sociale e sanitario, della cartella anagrafica unificata, nell'ambito di accessi differenziati, della messa in rete di tutti i soggetti, del collegamento dei database a strumenti di diagnosi automatizzati.

... omogeneizzando i sistemi informativi di sportelli sociali e sanitari...

Attraverso la funzione di **sportello sociale** si realizzano azioni di informazione e orientamento in modo unitario e integrato sull'intero territorio distrettuale, in merito al sistema dei servizi e alle procedure di accesso. In coerenza con le indicazioni regionali e in linea con la riorganizzazione della rete territoriale dei servizi dell'Azienda USL, si ribadisce l'impegno ad assicurare forme sistematiche di collegamento e di raccordo operativo tra gli sportelli sociali e gli sportelli unici distrettuali al fine di assicurare ai cittadini adeguata informazione ed orientamento ai servizi sociali e sanitari da entrambi gli accessi. Sarà altresì verificata la possibilità di utilizzo dello sportello sociale anche da parte di soggetti diversi dagli EELL (ad esempio i patronati) al fine di una maggiore diffusione delle informazioni sui servizi.

... attivando azioni unitarie di informazione e orientamento sull'intero territorio

Nell'ambito delle linee di indirizzo regionale e di un quadro di riferimento provinciale definito dalla CTSS, per attivare una presa in carico integrata e processi di continuità assistenziale che prevedano fattori di protezione nelle difficili transizioni del ciclo di vita, Comune e AUSL devono assicurare criteri e modalità omogenee per l'accesso dei cittadini alla rete dei servizi, nonché modalità unitarie multiprofessionali per l'accertamento delle condizioni di eleggibilità per l'accesso ai servizi.

Un'integrazione professionale passa anche attraverso una **presa in carico multidimensionale**. La strutturazione di percorsi di formazione integrata, nei quali possano essere condivisi metodologie, strumenti, protocolli, può arrivare a garantire all'utenza una risposta al bisogno in termini olistici ed interprofessionali.

... strutturando percorsi di formazione multiprofessionali che condividano strumenti, metodologie, protocolli per una reale presa in carico del bisogno

3.3 Gli orientamenti per il Piano Strategico dell'Azienda

La rete dei servizi sanitari in provincia di Piacenza è stata oggetto negli ultimi anni di importanti interventi sotto il profilo organizzativo, gestionale, infrastrutturale. Ad oggi l'Azienda sanitaria di Piacenza ha recuperato molti importanti ritardi nei confronti del resto del sistema regionale, di cui è ora un interlocutore credibile. Anche la percezione dei cittadini è cambiata, e sempre più la "sanità" locale e non solo alcuni singoli professionisti sono diventati un punto di riferimento per la collettività.

I due cicli di pianificazione aziendale che si sono succeduti hanno introdotto importanti innovazioni, a partire da un approccio globale alle strategie e agli interventi che tenesse conto di sostenibilità e sviluppo, di investimenti e risorse, di consolidamento e innovazione e da un diverso rapporto con gli enti locali, in una logica di accountability istituzionale nella duplice accezione di rendicontazione e responsabilità.

Le recenti innovazioni regionali in tema di governance e di pianificazione integrata che fanno da cornice a questo atto di indirizzo, chiedono alla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria di orientare la pianificazione dell'Azienda nel prossimo triennio.

I nuovi orientamenti dell'Azienda per il prossimo anno

Un primo importante obiettivo da raggiungere è il definitivo consolidamento dell'Azienda, sia al suo interno che rispetto al sistema regionale. In questa cornice si inquadrano gli obiettivi legati alla riorganizzazione della rete ospedaliera con la definizione delle identità degli ospedali di prossimità e il consolidamento di quello cittadino, al completamento dell'organizzazione territoriale fondata su dipartimenti e unità operative aziendali e sulla separazione tra committenza e produzione a livello distrettuale, allo sviluppo e consolidamento del governo clinico e del governo del rischio.

Altro obiettivo su cui investire nel prossimo triennio è lo sviluppo dell'integrazione, che l'Azienda deve perseguire a livello interistituzionale, nella definizione insieme ai Comuni della rete sociosanitaria integrata e dei relativi modelli di accesso e nella costruzione insieme agli altri soggetti interessati di iniziative di promozione della sicurezza sul lavoro; a livello sovraziendale nella promozione dello sviluppo dell'Area Vasta Emilia Nord e nell'ampliamento dei temi da affrontare insieme alle altre aziende, valorizzando le migliori esperienze delle diverse realtà; a livello aziendale soprattutto in termini di integrazione organizzativa e professionale.

L'Azienda dovrà inoltre perseguire l'innovazione tecnologica, logistica, organizzativa e gestionale, per garantire prestazioni efficaci, appropriate e tempestive agli utenti, supportare le attività e migliorare le condizioni di lavoro degli operatori, perseguire la sostenibilità economica del sistema.

Con riferimento infine all'Atto Aziendale, approvato dalla Regione nello scorso luglio, l'Azienda dovrà consolidare gli strumenti di governo e gestione, completare la riorganizzazione e diffondere al proprio interno i principi e le logiche che lo contraddistinguono, e più in particolare:

- consolidare la logica di rete in tutte le sue accezioni, finalizzata all'unitarietà della presa in carico, dei percorsi, dei processi assistenziali;
- consolidare l'organizzazione per processi, con particolare attenzione al presidio delle interfacce, tra dipartimenti, tra ospedale e territorio, tra sanitario e sociale;
- consolidare la logica del presidio unico, centrata sulla differenziazione degli ambiti per intensità di cura, l'integrazione tra assistenza in regime di acuzie, post-acuzie, riabilitazione, la continuità assistenziale intra ed extraospedaliera;
- completare la riorganizzazione del Dipartimento delle Cure Primarie, centrata su:
 - i Nuclei di Cure Primarie, luoghi prossimi al cittadino in cui si intercetta la domanda e in cui vengono erogate attività integrate;
 - la continuità della presa in carico specifica per target di utenza, basata su équipe multiprofessionali;
- consolidare le nuove competenze del dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche, orientate:
 - alla promozione della salute mentale, allargata al benessere psichico, fisico e sociale della persona, alla sua sofferenza e alle sue aspettative, al rispetto della libertà, della dignità e dell'autodeterminazione;
 - alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione del disagio psichico, del disturbo mentale, e delle dipendenze patologiche, con una attenzione particolare alle garanzie di accesso e alla promozione del superamento di ogni forma di pregiudizio, in collaborazione con tutti gli altri attori del territorio;
- consolidare le nuove competenze del dipartimento di sanità pubblica, orientate alla promozione della salute, alla prevenzione delle malattie e della disabilità e al miglioramento della qualità della vita.

3.4 Una garanzia di equità: i servizi sociosanitari nell'area montana

Poiché l'obiettivo è quello di arrivare a produrre una concreta attenzione e "cura" per ogni persona che vive nella comunità di riferimento, favorendo in particolar modo la gestione unitaria degli interventi socio-sanitari per aree territoriali omogenee, dalla crescita civile delle popolazioni, si ritiene prioritario perseguire un superamento degli squilibri esistenti, in un continuum operativo fra Ospedale e Territorio, in particolare nelle zone montane.

**Una nuova
attenzione alle aree
montane...**

In un quadro di razionalizzazione dell'utilizzo generale delle risorse e dello sviluppo sociale della montagna, congiuntamente alla facilitazione dell'accesso all'offerta assistenziale, i bisogni devono restare al centro del sistema socio-assistenziale: da un lato quelli relativi alle persone che la abitano, dall'altro quelli sottolineati dagli operatori che lavorano in un contesto molto particolare.

**... che risponda
alla complessità
dei bisogni con un
approccio
trasversale**

La trasversalità dell'area montana impone dunque un approccio globale, integrato e coerente, che riconosca le diversità di accessibilità geografiche e socio-economiche e tenga conto delle effettive difficoltà ad operare in questi ambienti in termini di:

- maggiori costi di produzione;
- maggiori costi legati alla mobilità di persone/beni/servizi;
- maggiori difficoltà legate alla carenza dei servizi, soprattutto di quelli interconnessi al collegamento interno/esterno e all'attivazione di risposte immediate di natura socio/sanitaria;
- forte dispersione territoriale ed abitativa;
- elevato indice di vecchiaia e conseguente innalzamento dei fenomeni di solitudine abitativa e isolamento relazionale, con rischio di perdita dell'autosufficienza;
- calo demografico costante;
- problematicità del fenomeno, spesso sommerso, delle assistenti familiari che si sostituiscono alla famiglia nella presa in carico dell'anziano senza reti formali di riferimento e di sostegno.

In quest'ottica, emerge quindi la necessità di avvalersi di un "motore" complesso, che sia in grado di leggere i bisogni e di rispondervi, costruendo ed implementando l'attività dei primi servizi di supporto ai cittadini che vivono le nostre zone montane:

- strutture e servizi sanitari di pronto intervento e di primo soccorso (guardie mediche);
- strutture residenziali intermedie, di ricovero e di sollievo;
- servizi di fornitura del pasto, di trasporto, di telesoccorso e telecontrollo;

- sportelli sociali e di counseling (sportelli informativi e di orientamento in materia socio-assistenziale);
- corsi di formazione e di aggiornamento per personale sociosanitario mirato alla specificità dell'operare in montagna;
- attività di sostegno a supporto delle reti informali e di buon vicinato.

Considerando l'incremento dal 19,9% al 22% dell'incidenza della popolazione superiore ai 75 anni sul totale dei residenti tra il 1999 e il 2006 nella nostra fascia montana, peraltro prevista dall'Istat in aumento significativo per i prossimi decenni, si impone un'attenzione significativa alla trattazione della tematica "anziani", focalizzandosi in modo particolare sulla non autosufficienza.

Le due linee prioritarie per le aree montane si dovranno pertanto essenzialmente muovere nelle seguenti direzioni:

- verso il perseguimento di politiche finalizzate allo sviluppo dei servizi di assistenza domiciliare, che sappiano coniugare flessibilità e diversificazione, unitamente ad un supporto importante alle famiglie che gestiscono al proprio interno anziani che comportano un carico assistenziale e psicologico gravoso;
- verso il sostegno alla territorialità dei bisogni, che, unitamente al potenziamento del S.A.A., quale strumento di gestione dell'accesso alla rete dei servizi socio-sanitari integrati per anziani non autosufficienti, si muova da un primo ripensamento delle strutture semiresidenziali – ipotizzando l'erogazione di servizi sperimentali meno strutturati o mobili, con maggiore integrazione anche degli aspetti sanitari: dal "country hospital" al Day Hospital Internistico – fino ad un concreto incremento dei posti convenzionati, tenendo conto che l'analisi della situazione rivela una scarsa disponibilità dell'anziano ad usufruire di servizi non collocati nel proprio territorio di origine.

Per entrambe le linee prioritarie individuate ci si potrà avvalere di tutte quelle moderne **forme tecnologiche** in grado di rafforzare le reti immateriali, il sostegno al lavoro degli operatori, l'uso di sistemi diagnostici a distanza.

Le iniziative sopramenzionate, oltre ai contributi ideativi ed attuativi dei due Comitati di Distretto periferici, potranno rilanciare la centralità della montagna come soggetto portatore di risorse e volano di percorsi di successo.

3.5 La qualificazione e il supporto al lavoro di cura

La domiciliarità come scelta privilegiata di intervento per i

Domiciliarità e territorialità le due linee prioritarie per gli interventi in ambito montano...

... entrambe supportate dagli ausili delle nuove tecnologie

La montagna come soggetto portatore di risorse e volano di percorsi di successo

soggetti non autosufficienti è individuata come prioritaria nel contesto legislativo e ormai sostenuta come necessità imprescindibile, soprattutto nella gestione dei servizi per la non autosufficienza.

**La domiciliarità
quale scelta
privilegiata**

La gestione individuale di ogni soggetto è un elemento chiave di questo modello di cura: le modalità intensive, continuative e personalizzate di gestione del bisogno dei non autosufficienti sono in grado di migliorare la loro qualità della vita.

Al di là però delle scelte condivise va riscontrato, anche a livello del territorio provinciale, che permangono difficoltà a mantenere al domicilio la persona non autosufficiente, sia essa disabile congenita con gravissima disabilità acquisita, sia esso un paziente oncologico o in stato di terminalità, sia esso anziano con patologie motorie, degenerative o comportanti gravi disturbi cognitivi tipo demenza senile.

Per tutte queste tipologie di bisogno la scelta di domiciliarità finisce per gravare sulla famiglia e/o sui care givers: i servizi pubblici o del terzo settore hanno avviato e consolidato servizi e competenze, esperienze che hanno visto negli anni notevoli miglioramenti in termini di qualità e quantità, che sembrano però essere comunque in parte inadeguate ed insufficienti rispetto alle necessità.

I servizi sociosanitari hanno da poco assimilato che “aiutare chi aiuta”, rinforzare in modo sistematico la rete informale non è solo un’opzione strategica, ma è una necessità sempre più impellente, soprattutto se consideriamo il contesto di vita e di cura come prioritario per interventi efficaci.

**Una strategia
vincente: aiutare
chi aiuta**

Da un lato infatti si enfatizza il *capitale sociale* offerto dalla famiglia, luogo in cui si realizzano aiuto e sostegno, dove si investono affettività e relazioni, ma anche dove possono esplodere conflitti e violenze, che possono coinvolgere bambini, anziani, disabili.

In sintesi le carenze che si registrano a livello dei servizi sociosanitari territoriali fanno riferimento a:

- tempestività nel fornire risposte territoriali
- continuità di cura tra sociale e sanitario
- iniziative di sostegno ai familiari
- rete di cure palliative per oncologici e terminali
- qualificazione specifica di chi opera in situazioni a sostegno continuativo di familiari e care givers

Analizzando singolarmente ciascuna criticità si segnalano in particolare alcune riflessioni ed orientamenti:

- tempestività nel fornire risposte territoriali

Nelle sedi pubbliche e nelle indagini di gradimento dei servizi a favore di soggetti non autosufficienti realizzati dall'Azienda USL di Piacenza (Progetto Ciperquà e raccolta di segnalazioni e reclami dal 2005 al primo semestre 2008) utenti e familiari/caregivers segnalano costantemente il ritardo con cui i servizi sociosanitari territoriali riescono ad avviare l'intervento.

L'accesso tempestivo al servizio, quale per esempio quello domiciliare, deve essere perseguito con particolare attenzione in fasi molto critiche: quando la persona non autosufficiente viene trasferita dall'ospedale al domicilio o quando le energie personali dei familiari che assistono quotidianamente un soggetto demente sono esaurite, cosicché sono costretti a ricorrere al servizio pubblico.

Si tratta dunque di agire su un duplice livello connesso all'accesso: informativo e organizzativo.

- continuità di cura tra sociale e sanitario

Il PSSR individua l'obiettivo della continuità assistenziale ai fini di garantire alle persone affette da patologie croniche, con disabilità gravi, in stato di coma o terminalità, un percorso assistenziale integrato che, unitamente al supporto della domiciliarità ed alla valorizzazione del ruolo della famiglia, preveda lo sviluppo, la qualificazione e la specializzazione degli interventi della rete dei servizi. A tal fine, attraverso il sistema di cure long-term, si deve prendere in considerazione la componente ospedaliera integrata a quella territoriale, garantendo in tal modo sia la continuità della cura nelle diverse fasi della malattia, sia la completa presa in carico del paziente. In particolare, in considerazione delle criticità registrate, si fa riferimento alle fasi di dimissione dai reparti per acuti, postacuti o di lungodegenza. Il sostegno nel percorso di dimissioni protette deve prevedere relazioni funzionali davvero efficaci tra reparti ospedalieri, lungodegenza e residenze per la cronicità e domicilio. La lungodegenza ospedaliera è un punto fondamentale del percorso di cura, che deve essere integrato dall'azione dell'unità di valutazione multidimensionale del Distretto di riferimento, al fine di saper valutare la complessità dei bisogni socio-familiari e trovare soluzioni personalizzate e flessibili, che tengano conto della soggettività del paziente e della situazione specifica (collocazione residenziale, domiciliare...). In particolare, il coordinamento degli interventi tra infermiere, medico curante e assistente sociale diventa centrale in un'ottica di raccordo con le cure territoriali e la prosecuzione della cura. E' indispensabile inoltre, come possibilità ulteriore del sistema, offrire continuità di cura, provvedere alla dotazione adeguata di posti di sollievo in ciascun ambito distrettuale e all'individuazione di figure infermieristiche con funzioni di case manager.

- iniziative di sostegno ai familiari

La scelta della domiciliarità non deve essere un ulteriore carico

per la famiglia. Occorre ammettere infatti che il muro di isolamento in cui versano le famiglie che hanno in carico un soggetto non autosufficiente porta spesso i componenti ad affrontare problematiche aggiuntive: l'isolamento dalle reti amicali, la depressione reattiva o, più banalmente, il peso della solitudine affettiva e relazionale.

Costruire nuove forme di relazioni e sostegno capaci di arricchire ciò che il sistema d'offerta è già in grado di mettere a disposizione, è un impegno improrogabile.

In particolare possono essere sperimentate iniziative di contrasto alla solitudine familiare anche tramite:

- Consolidamento e diffusione dell'esperienza dei gruppi di mutuo aiuto
- Rafforzamento dell'intervento di sostegno e counseling
- Diffusione di centri di aggregazione e socializzazione (es: Alzheimer caffè)

Al di là però del necessario miglioramento che i servizi potranno e dovranno offrire in termini quali/quantitativi, è necessario sostenere anche le reti informali e di vicinato, affinché la non autosufficienza non venga vissuta come appannaggio esclusivo delle famiglie che devono fronteggiare la malattia e la morte.

- rete di cure palliative per oncologici e terminali

Presupposto per un'efficace rete di cure palliative è coltivare una cultura della qualità della vita che assicuri dignità al malato, intervenendo con azioni di riduzione del dolore e di accompagnamento alla fase finale della vita.

Ciò significa acquisire competenze fondate sull'ascolto e sulla comprensione dei bisogni, delle aspettative dei malati e delle loro famiglie, sulla personalizzazione degli interventi per creare il più possibile un clima di calda accoglienza intorno al malato.

In base alle indicazioni del PSSR è necessario consolidare e diffondere sia la rete cure palliative (assistenza domiciliare, Ambulatorio della Terapia del Dolore, soluzioni residenziali) che la terapia del dolore a livello di tutto il territorio provinciale, effettuare il monitoraggio e la verifica dei risultati attualmente raggiunti dalla rete delle cure palliative secondo gli indicatori nazionali e regionali, perseguire l'integrazione con il progetto "Ospedale senza dolore".

- qualificazione specifica di chi opera in situazioni a sostegno continuativo di familiari e care givers e nel lavoro di cura

La qualificazione e l'aggiornamento continuo delle assistenti familiari e degli operatori che lavorano a diretto contatto coi familiari è una condizione inderogabile ai fini di garantire risposte alle diverse esigenze in modo integrato.

Si comprendono in questo ambito tutte le iniziative di qualificazione ed aggiornamento professionale, ma anche le

azioni di sostegno all'emersione del fenomeno del badantato, all'avvio di iniziative di apprendimento della lingua italiana e di acquisizioni di competenze finalizzate a una buona convivenza con la famiglia e la comunità locale.

Le priorità di sistema

PRIORITA' DI SISTEMA	CRITICITA' RILEVATE	INDIRIZZI ESISTENTI (REGIONALI, PROVINCIALI O LOCALI)	OBIETTIVI A LIVELLO PROVINCIALE	LINEE DI AZIONE
Consolidamento e valorizzazione della rete distrettuale	Complessità dei processi nel percorso di piena attuazione della nuova distrettualizzazione	PSSR, documento CTSS 11/9/2007	Supportare il processo di cambiamento dei Distretti; Consolidare l'organizzazione distrettuale; Definire la piena assunzione dei nuovi ruoli, nuova "cultura" degli organismi istituzionali (CTSS, Ufficio di supporto, CDD, NUP, ...)	Ruolo trainante della CTSS; Potenziamento, consolidamento e raccordo di Nup e UDS
	Coesistenza di modalità plurime di gestione; Difficoltà gestionali e di programmazione	Legge riordino territoriale (IAL/06/18140)	Rivedere i modelli in atto sia singoli sia associati; Sviluppare l'associazionismo tra Comuni; Agevolare il percorso di attivazione e definire il ruolo delle nuove ASP nella rete integrata dei servizi	
	32 Comuni su 48 delegano le funzioni socio-assistenziali per minori e disabili	Legge 2/2003	Promuovere la ri-assunzione delle deleghe socio-assistenziali	In accordo con la scelta distrettuale; Garanzia della continuità assistenziale; Il Distretto dovrà predisporre un proprio piano relativo e un protocollo d'intesa
Integrazione socio-sanitaria (istituzionale, comunitaria, gestionale, professionale)	Esistenza di modelli eterogenei di accesso al sistema	DGR 432/08	Costruire un sistema di accesso unificato territoriale (standard minimi); Attivare una presa in carico integrata e processi di continuità assistenziale che prevedano fattori di protezione nelle difficili transizioni del ciclo di vita (passaggio dall'età infantile all'età adulta, dimissioni protette, sostegno psicologico nelle fasi precoci della diagnosi sia per la disabilità congenita che acquisita...)	Predisposizione degli standard minimi per l'accesso e l'eligibilità; Definizione del ruolo e della posizione dell'accesso integrato; Livelli di interdipendenza con macroaree e strutture aziendali, comunali, NUP; Profilo gestionale e funzionale operativo dell'accesso integrato; Analisi dei modelli e dei dati di attività; Definizione di un approccio interdisciplinare territoriale
	Disomogeneità professionali e operative		Garantire all'utenza una risposta al bisogno in termini olistici, multidimensionali e interprofessionali; Attivare una presa in carico integrata	Formazione integrata; Condivisione di percorsi, metodologie, strumenti, protocolli...; Accordi di Programma e convenzioni fra Comuni e Ausl per la gestione dei servizi sociosanitari con particolare riferimento a: le aree di confine fra servizi, le aree marginali, la popolazione femminile
	Disomogeneità tra i sistemi informativi in uso		Sviluppare un sistema informativo integrato	Attivazione sistema di relazione tra: Osservatorio provinciale /Nup distrettuali / sistema informativo aziendale/sistemi informativi comunali; Implementazione progetto di cartella unificata

Le priorità di sistema

PRIORITA' DI SISTEMA	CRITICITA' RILEVATE	INDIRIZZI ESISTENTI (REGIONALI, PROVINCIALI O LOCALI)	OBIETTIVI A LIVELLO PROVINCIALE	LINEE DI AZIONE
Gli orientamenti per il Piano Strategico dell'Azienda	Ambiti e livelli di integrazione	PSSR: conferma dell'organizzazione Hub and spoke in un'ottica di consolidamento dell'esistente e sviluppo di ulteriori ambiti di applicazione; modelli organizzativi sempre più integrati tra assistenza in regime di acuzie, post acuzie, riabilitazione	Riorganizzare gli ospedali di prossimità nella rete hub & spoke provinciale	Concentrazione della casistica complessa in uno stabilimento (hub) della rete per favorire la specializzazione
				Casistica di media/bassa complessità con aumento dei volumi di attività negli spoke
				Riorganizzazione del lavoro attraverso la redistribuzione dei professionisti o tramite il modello del "pendolo"
		Consolidamento del Dipartimento in linea con i contenuti per l'Atto aziendale, costruzione di percorsi integrati, sviluppo dei NCP, accessibilità ai servizi	La rete delle cure primarie	Gamma di servizi efficaci e vicini agli utenti, in coerenza con il quadro epidemiologico emergente
				Rete delle cure primarie articolata su tre livelli: sviluppo progressivo ed equilibrato di: medicine di gruppo, nuclei di cure primarie e "case della salute", poli dei servizi territoriali a livello distrettuale e a presidio dell'area montana
		PSSR: tecnologie e infrastrutture strumenti per migliorare il lavoro degli operatori, l'accesso ai servizi, la gestione dei percorsi assistenziali	L'azienda tecnologica e logisticamente avanzata	Sviluppo ICT a supporto delle attività sanitarie
				Costituzione della <i>cittadella logistica</i>
		PSSR: sviluppo delle Aree Vaste come luogo dell'integrazione tra le aziende per consolidare l'organizzazione dei servizi e la migliore sostenibilità economica	Programmare ad Area Vasta	Consolidamento della rete tra le Aziende dell'Emilia Nord per sviluppare insieme innovazione, governo clinico, integrazione organizzativa e professionale
		PSSR: ulteriore sviluppo del governo clinico e della partecipazione organizzativa; consolidamento del ruolo del collegio di direzione e delle competenze operative dei dipartimenti; estensione degli strumenti di valutazione del rischio a tutte le attività aziendali	Consolidare logiche e strumenti di clinical governance e risk management	Prevenzione dei rischi attraverso l'adozione di procedure, l'innovazione organizzativa e di processo
				Monitoraggio sistematico dei processi, dei rischi e degli errori

Le priorità di sistema

PRIORITA' DI SISTEMA	CRITICITA' RILEVATE	INDIRIZZI ESISTENTI (REGIONALI, PROVINCIALI O LOCALI)	OBIETTIVI A LIVELLO PROVINCIALE	LINEE DI AZIONE
Equità dei servizi socio-sanitari dell'area montana	Dispersione abitativa; Invecchiamento; Carenza di servizi	PSSR; legislazione di rif. specifica: FRNA	Garantire pari opportunità di accesso agli abitanti delle zone montane; Rivedere e integrare il "Progetto Montagna" alla luce della nuova distrettualizzazione e degli indirizzi regionali	Sostegno alla domiciliarità; Sostegno alla territorialità; Utilizzo di nuove tecnologie a sostegno della domiciliarità
Qualificazione e supporto al lavoro di cura	Scarsi interventi di sostegno ai caregiver e relativa presa in carico; Ritardo nell'avvio dell'intervento territoriale; Fenomeno sommerso del badantato; Parcellizzazione delle realtà di volontariato;	PSSR; DGR 1206/07	Sostenere i caregiver e potenziare gli interventi al domicilio per disabili, anziani e non autosufficienti, con particolare riferimento alla continuità delle cure Raccordare le linee di azione di soggetti diversi in materia di emersione, regolarizzazione e qualificazione del lavoro di cura da parte di badanti straniere; Diffondere la rete delle cure palliative nel territorio provinciale	Messa in rete delle diverse iniziative; Corsi di informazione, counseling, formazione per chi assiste; Azioni di consulenze qualificate per problemi complessi (legali, previdenziali, psicologiche...); Avvio del casemanagement a sostegno delle dimissioni protette; Iniziative innovative di contrasto alla solitudine del beneficiario e della sua famiglia; Interventi di informazione sulle possibilità di accesso ai servizi

PARTE QUARTA – GLI INDIRIZZI PER IL COORDINAMENTO, LA PARTECIPAZIONE, IL MONITORAGGIO E LA VALUTAZIONE

1. Il coordinamento interistituzionale

Per portare a compimento un sistema integrato di offerta di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari, al fine di realizzare un nuovo welfare radicato nelle comunità locali, diventa essenziale trovare delle risposte significative, atte a promuovere un cambiamento dinamico che superi visioni riduttive e settoriali, a favore di un approccio globalizzato, che si ponga in un'ottica promotrice di coesione sociale.

Un approccio coordinato, esteso, promotore di coesione sociale....

In questo senso la partecipazione e la concertazione devono caratterizzarsi sempre di più come un processo che favorisca la cooperazione e l'interazione tra soggetti diversi su obiettivi condivisi, piuttosto che un modo di perpetuare la prassi della consultazione sugli atti di programmazione delle istituzioni pubbliche.

Nel ripensamento di fondo dell'impianto di welfare locale e regionale, i primi "soggetti attivi" di una progettualità che sia in grado di ricollocare le politiche in uno schema nuovo, coerente, responsabile ed integrato, oltre ai già citati Comitati di Distretto ed alla Conferenza Territoriale Sociale Sanitaria, alle Giunte, alle Commissioni consiliari ed ai Consigli comunali è indispensabile il contributo di:

... che includa tutti i soggetti che contribuiscono al benessere di comunità

- **Istituzioni scolastiche ed educative** per le politiche giovanili e per la tematica dell'integrazione dei disabili. Nello specifico a Piacenza ulteriori contributi operativi e metodologici potranno essere offerti in riferimento all'Accordo di Programma Provinciale per l'integrazione scolastica degli alunni in situazione di disabilità 2007-2012, Art. 13, comma 1 Lett. a) Legge 104/92.

- **Istituzioni giudiziarie, carcerarie e di polizia** quali essenziali collaborazioni, **partnership** e accordi interistituzionali e interservizi in tema di tutela della salute (popolazione carceraria) e contrasto alla violenza alle donne e ai minori, discriminazioni razziali e sessuali, criminalità, violenze e comportamenti penalmente rilevanti con riguardo agli immigrati stranieri, ai giovani che abusano di droghe e alcool, ai minori non accompagnati, ai minori soggetti a provvedimenti di restrizione della libertà personale, ai minori in affido, in adozione e in comunità.

- **Soggetti dell'area produttiva e commerciale e mass media** quali partners per una corresponsabilizzazione su tutti i temi di interesse presentati in questo Atto. In particolare sarà importante stringere **patti orientati al "guadagno di salute"** dove tutti i soggetti sono attori partecipi di un unico processo di promozione e tutela della salute e del benessere sociale. Con riguardo alla salute sono prioritari i temi della sicurezza alimentare, della tutela della

salute nei luoghi di lavoro, della salute collettiva in relazione ai rischi di malattie infettive e del contrasto dei comportamenti a rischio (abuso di droghe, alcool, guida insicura). Da coordinare i protocolli in materia di appalti, di lavoro nero e di abusivismo e gli “accordi volontari”, in materia di tutela ambientale e sicurezza e prevenzione infortuni e utilizzo di tecnologie capaci di ridurre o eliminare i rischi di incidenti sul lavoro, oltre che di tutti i sistemi di promozione e sostegno dei sistemi di gestione ambientale, della responsabilità sociale d’impresa e dei marchi di qualità ecologica.

- **il terzo settore, la società civile e forze sociali.** Con il mondo cooperativo sono da cercare **accordi di partenariato** per sviluppare e innovare servizi, per costruire percorsi di promozione di diritti di cittadinanza, per costruire percorsi comuni di miglioramento della qualità nelle aree di interesse comune (servizi socioassistenziali, sociosanitari nell’area della domiciliarità e della residenzialità, dell’inserimento sociale e lavorativo di popolazioni deboli), per valorizzare la responsabilità sociale delle aziende non profit e delle istituzioni partner, per sviluppare comuni piattaforme informative, sperimentare sistemi di rendicontazione integrati. Con le Associazioni di categoria, le associazioni di consumatori e di utenti, i patronati, i sindacati sono possibili **protocolli d’intesa** sui reciproci contributi alla implementazione dei processi di pianificazione, cercando tutte le forme di collaborazione che sviluppino valore; con i *patronati*, per sperimentare “sportelli” comuni per garantire informazioni diffuse sui servizi e l’accesso alle prestazioni, la tenuta di registri delle persone che garantiscono servizi privati al domicilio e la relativa mediazione sociale e giuridica per il loro inserimento nelle famiglie e nei percorsi di formazione e aggiornamento; con le OO.SS., per concertare la regolazione del sistema nel rapporto con i cittadini utenti; con le Associazioni di utenti e consumatori, per strutturare percorsi di advocacy a tutela della esigibilità dei diritti degli utenti nel loro rapporto con i servizi; con i cittadini, per condividere iniziative di auto-mutuo-aiuto e le possibili collaborazioni, oltre che le funzioni di tutela agite attraverso le forme giuridicamente definite (amministratori di sostegno, ecc.).

2. Gli strumenti tecnici per la pianificazione territoriale

I principali strumenti tecnici atti alla pianificazione territoriale, titolati al governo del sistema integrato e all’esercizio delle funzioni di programmazione e di committenza in ambito sociale, sanitario e sociosanitario sono:

- i “nuovi” Uffici di Piano distrettuali;
- l’Ufficio di supporto alla Conferenza Territoriale Socio-Sanitaria (CTSS);
- il tavolo di coordinamento interdistrettuale delle politiche socio-sanitarie;

-l'Osservatorio provinciale delle politiche sociali.

- I "nuovi" Uffici di Piano distrettuali

L'indicazione strategica del Piano Sociale e Sanitario regionale definisce uno strumento tecnico di ambito distrettuale denominato **nuovo Ufficio di Piano**. Tale strumento è costituito attraverso una convenzione tra i Comuni dell'ambito distrettuale e l'AUSL. Questa struttura tecnico-amministrativa integrata svolge funzioni di supporto ai livelli istituzionali e alle consuete funzioni già proprie dell'Ufficio di piano, ricomprendendo anche i seguenti, nuovi compiti:

L'Ufficio di Piano è lo snodo della nuova capacità di governare il territorio...

a) attività istruttoria, di supporto all'elaborazione e valutazione della programmazione in area sociale, socio-sanitaria e sanitaria (Piano di zona distrettuale per la salute e per il benessere sociale e Programmi attuativi annuali, comprensivi del Piano delle attività per la non autosufficienza e del Programma delle attività territoriali);

b) attività istruttoria e di monitoraggio per la definizione di regolamenti distrettuali sull'accesso e sulla compartecipazione degli utenti alla spesa;

c) attività istruttoria e di monitoraggio per l'accreditamento;

d) attività istruttoria e di monitoraggio per la costituzione delle ASP;

e) azioni di impulso e di supporto alla verifica delle attività attuative della programmazione sociale, socio-sanitaria e sanitaria, con particolare riferimento:

1) all'utilizzo delle risorse/monitoraggio/verifica in itinere dei risultati del Piano annuale per la non autosufficienza e dell'equilibrio del Fondo distrettuale per la non autosufficienza;

2) all'impiego delle risorse per l'attuazione in forma associata dei programmi finalizzati, e per la gestione di alcuni servizi comuni, nella prospettiva della costituzione del Fondo sociale locale;

3) al controllo della realizzazione delle condizioni tecnico-amministrative necessarie per attuare i contenuti del Piano, al favorire il dispiegarsi di progetti sociosanitari integrati anche con le altre politiche (es. funzione di raccordo per inserimento lavorativo disabili e fasce deboli, figura di sistema nell'area minori,...);

4) al raccordo e all'utilizzo delle rilevazioni sulla domanda e sull'offerta (anche con riferimento all'attività degli sportelli sociali);

5) alla definizione e gestione di percorsi di formazione comuni tra i servizi della zona;

6) al monitoraggio dell'andamento del benessere e della salute in riferimento alle diverse determinanti che incidono su di essi, secondo le priorità di intervento e i programmi d'azione del programma annuale, predisposti ed in fase di realizzazione.

In riferimento al DGR 1791/2006, punto 3.2.2, i Distretti del territorio hanno provveduto a costituire i propri uffici di piano tramite la stipula delle seguenti convenzioni:

❖ **tra i rispettivi Comuni:**

a) del Distretto di Levante

b) del Distretto di Ponente

che prevedono anche l'esercizio associato delle funzioni tecnico/amministrativo/gestionali/di supporto alla pianificazione del sistema socio-sanitario, di costituzione del nuovo Ufficio di Piano, di interventi per la non autosufficienza;

❖ **tra ciascun Comune capofila – Piacenza, Fiorenzuola d'Arda, Castel S. Giovanni – e l'Azienda Unità Sanitaria locale** per il governo congiunto delle politiche e degli interventi sociosanitari, la costituzione del nuovo Ufficio di Piano, la gestione del fondo per la non autosufficienza, nei rispettivi Distretti della Provincia di Piacenza.

Queste le linee guida individuate localmente nella nuova gestione integrata:

- capacità di "governo" dell'integrazione dei servizi (nelle diverse componenti) a partire dalle aree di utenza (anziani, adulti, minori, disabili)
- equilibrio fra rappresentatività territoriale, partecipazione (ai diversi livelli del Nup) e funzionalità, efficacia manageriale (sistema sub aree geografiche); eventuali misure specifiche per favorire la partecipazione attiva delle sub aree geografiche
- capacità di sintesi a livello distrettuale (costruzione della rete distrettuale) e di attenzione alle specificità territoriali (rilevazione bisogni, differenziazione e capillarità degli interventi, e valutazione impatto)
- distinzione fra le funzioni di elaborazione e programmazione, sviluppo da quelle esecutive e di coordinamento (Nup allargato/esecutivo; tavoli di area; gruppi di progetto)
- adeguato riconoscimento del ruolo del Nup (in rapporto al comitato di distretto) per lo sviluppo della rete e il riequilibrio fra le sub aree geografiche; investimento sui ruoli che prendono parte ai diversi livelli e processi del Nup
- adeguato livello di risorse umane e materiali; evitare il sovraccarico dei partecipanti al Nup
- adeguate funzioni di supporto trasversali: segretariale, amministrativo, informatico.

- *L'Ufficio di supporto alla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria*

Il consolidamento della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, congiuntamente a quello del Comitato di Distretto, sono individuati dalla legislazione Regionale (L.R. 2/2003 e L.R. 29/2004), quali strumenti di raccordo istituzionale tra gli Enti locali e

... si deve perciò provvedere al suo rafforzamento quantitativo e qualitativo

L'Ufficio di supporto alla CTSS: un ruolo primario per quanto riguarda il raccordo tra le politiche e le programmazioni e nel merito del sistema relazionale

le Aziende Sanitarie. Attraverso la CTSS, la Provincia, i Comuni dell'ambito territoriale di riferimento e l'AUSL, ciascuno per le rispettive competenze, realizzano il coordinamento delle politiche sociali, sanitarie e socio-sanitarie. Per l'esercizio delle proprie funzioni la CTSS dovrà dotarsi di uno strumento tecnico – o Ufficio di supporto – a cui viene affidato un ruolo primario per quanto riguarda sia il raccordo tra le politiche e le programmazioni sia per quanto riguarda il sistema relazionale interistituzionale.

L'Ufficio di supporto è infatti chiamato contemporaneamente a svolgere funzioni di raccordo e di coordinamento e funzioni di monitoraggio. E' evidente che queste funzioni richiedono approcci diversi che è bene siano tenuti distinti.

Lo schema proposto per il territorio della provincia di Piacenza fa riferimento da un lato al dibattito che su tale argomento si è sviluppato nell'ambito del tavolo di coordinamento interdistrettuale e, dall'altro, all'elaborazione svolta dal gruppo di lavoro costituito presso la Regione.

Per quanto riguarda la struttura centrale dell'Ufficio di supporto, essa sarà chiamata a svolgere tutte le fasi istruttorie delle funzioni che sono in capo alla conferenza.

Sia pure in una logica di una struttura a rete che mira a mettere in valore le professionalità presenti nelle varie organizzazioni, l'Ufficio di supporto dovrà comunque prevedere nella propria struttura la presenza di professionalità che siano in grado di raccordarsi, attraverso gli strumenti di cui si dirà, con gli Uffici di piano e le strutture comunali da un lato e con l'Azienda dall'altro.

Nella struttura dell'Ufficio di supporto si prevedono due figure professionali, una con competenze di tipo amministrativo e la seconda con competenze nell'ambito della programmazione socio-sanitaria.

Per quanto riguarda il monitoraggio, l'Ufficio di supporto dovrà, attraverso un confronto con tutti i soggetti della rete, definire un sistema di scambio informativo in grado di relazionarsi con le banche dati esistenti nelle varie istituzioni, sia al fine di supportare le funzioni di tutto il sistema sia con lo scopo di elaborare le proprie valutazioni. In ciò sarà altresì necessario uno stretto raccordo con le iniziative regionali.

I principali compiti previsti a carico del sopra citato Ufficio di supporto per la CTSS provinciale saranno i seguenti:

- supporto informativo,
- monitoraggio ed istruttoria ai fini dell'attività di indirizzo e verifica,
- promozione,
- raccordo e coordinamento – anche rispetto agli ambiti distrettuali,
- supporto alle iniziative di comunicazione e partecipazione politica,
- funzioni di segreteria.

- Il tavolo di coordinamento interdistrettuale delle politiche socio-

sanitarie

Per quanto attiene il tema, ripetutamente sottolineato dalle Linee guida regionali, del raccordo dell'Ufficio di supporto con i Distretti, l'Azienda e la Provincia, si valuta che l'esperienza condotta in questi anni dal tavolo di coordinamento interdistrettuale coordinato dalla Provincia, possa rappresentare un punto unitario di contatto tra Ufficio di supporto e sistema socio sanitario.

Il tavolo di coordinamento interdistrettuale è un organismo istituito dall'Ufficio di presidenza della Conferenza al fine di coordinare la definizione dei Piani di zona distrettuali e di svolgere alcune funzioni istruttorie rispetto alla Conferenza stessa. Inoltre ha funzioni di raccordo tra la programmazione provinciale (minori, affido, adozioni e immigrati) e quella distrettuale (Piani di zona).

In riferimento alla nuova configurazione e attivazione degli Uffici di piano ed in particolare in considerazione delle diverse realtà presenti sul territorio provinciale, si ritiene necessario che la composizione del tavolo di coordinamento interdistrettuale garantisca l'adeguata rappresentanza del distretto - anche eventualmente mediante una formale nomina - il sufficiente grado di assunzione di decisioni nell'ambito delle competenze e delle funzioni affidate all'Ufficio di supporto e la capacità di attivare le altre figure professionali eventualmente necessarie allo svolgimento delle funzioni dell'Ufficio di supporto.

La composizione di questo strumento così precisata e la sua consolidata operatività paiono rispondere alle esigenze espresse nelle Linee guida di raccordo con tutti i soggetti della rete:

- con i distretti per quanto riguarda le funzioni istruttorie verso la Conferenza e l'elaborazione dell'Atto triennale, che richiede la partecipazione sistematica degli uffici distrettuali di piano all'Ufficio di supporto e l'apporto di tutte le professionalità competenti,
- con l'AUSL, che nella presenza diretta della direzione generale garantisce la richiesta *“l'integrazione con l'AUSL per quanto riguarda l'ambito della programmazione sanitaria e socio sanitaria”*,
- con la Provincia, che assicura l'adeguato supporto informativo, il raccordo e il coordinamento necessari per integrare le politiche sociali e sanitarie con le altre politiche pubbliche rilevanti rispetto agli obiettivi di salute e benessere sociale.

In sintesi, al tavolo di coordinamento provinciale vengono perciò attribuite le seguenti funzioni:

- a) partecipare alla redazione dell'Atto triennale di indirizzo;
- b) garantire l'integrazione con l'AUSL per quanto riguarda l'ambito della programmazione sanitaria e socio sanitaria;
- d) porsi quale strumento di collaborazione tra tutti gli Enti/uffici che producono o elaborano dati che possono essere utili alla pianificazione e valutazione in tali settori (sui bisogni e sull'offerta di servizi, epidemiologici, demografici, di spesa...);

Il tavolo di coordinamento rappresenta un importante punto di raccordo tra l'Ufficio di supporto e il sistema socio sanitario

- e) contribuire alla definizione dei criteri di monitoraggio e di verifica attribuiti alla CTSS;
- f) svolgere funzioni istruttorie verso la CTSS.

- Il ruolo della Provincia e dell'Osservatorio provinciale delle politiche sociali

Alla Provincia vengono affidate competenze di coordinamento a livello intermedio, sull'area delle politiche sociali e dell'integrazione tra queste e altre politiche (lavoro, casa, formazione professionale, istruzione, educazione, cultura e pianificazione territoriale).

Sono inoltre affidate alla Provincia:

- la rilevazione dei bisogni e dell'offerta di servizi del territorio al fine dell'implementazione del Sistema informativo socio-educativo-assistenziale provinciale,
- la promozione della partecipazione del Terzo settore e delle ASP al sistema dei servizi,
- il coordinamento della definizione e attuazione dei Piani di Zona,
- la predisposizione di specifici Programmi di ambito provinciale integrati con i Piani di Zona.

La Provincia partecipa inoltre alla redazione dell'Atto triennale di indirizzo, garantendo il raccordo con i contenuti della pianificazione locale di livello provinciale.

Infine la Provincia mette a disposizione dell'Ufficio di supporto l'osservatorio provinciale delle politiche sociali, nonché in relazione all'espressione della presidenza della Conferenza, la strumentazione necessaria all'attività dell'Ufficio di supporto alla CTSS.

L'Osservatorio provinciale delle Politiche Sociali rappresenta l'elemento centrale della funzione amministrativa di programmazione e rilevazione dei bisogni socio-assistenziali, attribuita alle Province dalla L.R. n.3 del 21.4.1999. Si basa sul sistema informativo socio-assistenziale partecipato, in cui la gestione dei flussi informativi deve essere accompagnata dall'attuazione di rapporti diretti con i soggetti interessati, istituzionali e non, che sono un insostituibile veicolo di conoscenza dei bisogni del territorio.

Si tratta pertanto di uno degli elementi centrali della funzione amministrativa di programmazione e rilevazione dei bisogni attribuita alle Province dalla Regione: raccogliendo tutte le informazioni disponibili in tema sociale, sia in termini quantitativi che qualitativi, si pone l'obiettivo di produrre un quadro organico per mezzo del quale sia possibile individuare ed esaminare i fenomeni e le tendenze della condizione sociale in atto sul territorio.

La sua attività principale consiste in una raccolta/analisi dei dati e conseguente organizzazione di archivi, osservazione ed interpretazione dei fenomeni socio-sanitari: esso vuole essere, infatti, uno strumento di supporto agli Enti Locali nel loro ruolo di

L'Osservatorio provinciale delle Politiche Sociali è elemento centrale della funzione amministrativa di programmazione e rilevazione dei bisogni socio-assistenziali

amministratori pubblici e di governo del territorio, ai fini di un'efficace programmazione e valutazione delle politiche promosse dalla Regione ed attuate dagli Enti Locali congiuntamente alla collaborazione di tutto il terzo settore.

Gli scopi principali:

- l'analisi dei bisogni dei cittadini relativi alla domanda di interventi e prestazioni socio-sanitarie;
- l'analisi delle risorse presenti sul territorio riguardanti: dati sulle strutture, sui servizi e sulle attività erogate;
- l'individuazione e la lettura dei mutamenti sociali.

L'Osservatorio provinciale delle politiche sociali è attivo a Piacenza dal novembre 2000. Il suo scopo è quello di fornire agli amministratori del territorio strumenti di valutazione utili alla programmazione sociale. A tale fine, coordina, realizza, pubblica ricerche e monitoraggi in collaborazione con gli attori pertinenti del territorio (università, enti pubblici e privati). Dal 2006 è stata attivata una sezione di Monitoraggio permanente dei bisogni sociali, strumento privilegiato per programmare e pianificare a livello provinciale azioni in grado di prevenire e anticipare le problematiche sociali.

3. Il rinnovo degli strumenti e dei percorsi di partecipazione e confronto

Ai fini dello sviluppo, del radicamento, dell'ulteriore qualificazione e umanizzazione di un sistema di servizi pubblici e del privato sociale che, pur vantando un livello di maturazione notevole, deve crescere ulteriormente, bisogna uscire da una semplice retorica della partecipazione per consolidare metodologie e modelli efficaci di reale coinvolgimento di tutti gli attori impegnati per la promozione della comunità locale e della sua capacità di inclusione, di solidarietà, di sostegno.

Lo stesso Profilo di comunità definisce quale elemento di forza del nostro contesto la crescita di civiness e, soprattutto, di protagonismo dell'associazionismo e del terzo settore. Un capitale sociale da non disperdere o frustrare, ma da valorizzare e promuovere in una logica fondante di fiducia reciproca. *Fiducia*: parola potente e rigenerante del notevole sforzo di crescita che ci si trova innanzi.

Diventa allora decisiva la capacità di raccordare con fiducia e rispetto l'apporto di Regione, Provincia, Comuni, Aziende sanitarie locali (*sussidiarietà verticale*) con quello dell'associazionismo, del volontariato, della cooperazione sociale, del sindacato (*sussidiarietà orizzontale*), di trovare collocazione a nuovi protagonisti come le ASP, di riflettere sulla funzione del privato che, pur muovendosi al di fuori della logica del non profit, rappresenta una realtà importante nell'offerta dei servizi alla persona, di arrivare infine alle famiglie ed ai cittadini, reali destinatari e primi protagonisti delle politiche sociali, sanitarie, educative.

Partecipare significa creare quelle condizioni di fiducia che portino alla reale promozione della comunità locale...

... e stipulare un patto comunitario che unisca le forze di tutti gli attori sociali ai fini di non capitolare nella sfida su qualità e sicurezza

Ci si riferisce alla partecipazione come occasione decisiva per un patto comunitario che unisca le forze per una sfida decisiva per la qualità della vita, la sicurezza, la convivenza nei nostri territori: occorrono energie, intelligenze, metodi perché non si trasformi in perdita di tempo frustrante o in un boomerang devastante.

Fino ad ora i Distretti piacentini si sono mossi autonomamente, ma con il varo dei nuovi Piani di zona per il benessere e la salute è giunto il momento di un confronto coordinato dalla Provincia in seno alla CTSS: ogni Distretto sarà quindi chiamato ad approvare linee guida locali che regolino espressamente i processi partecipativi. Le indicazioni regionali in tema di partecipazione del Terzo Settore ai processi di programmazione previsti dal Piano Socio Sanitario Regionale sollecitano i Comitati di Distretto all'individuazione di modalità condivise e integrate di coinvolgimento dei vari attori del welfare locale.

In particolare, l'articolazione su tre livelli prevista dalle Linee Guida regionali suggerisce l'attivazione di soggetti d'interlocazione sia da parte della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria che dagli stessi Comitati di Distretto. Alla luce di questi indirizzi, nell'imminente avvio della fase di elaborazione del Piano Triennale per la salute e il benessere sociale, si ritiene utile prevedere un confronto tra i rappresentanti dei Distretti piacentini e l'Azienda Usi per approfondire eventuali modelli partecipativi comuni da realizzare a partire già dalle fasi consultive del processo programmatico.

Occorre prevedere un confronto tra rappresentanti distrettuali e AUSL per definire e sperimentare modelli partecipativi comuni

3.1 Le prospettive regionali e locali per la partecipazione del terzo settore alla programmazione territoriale

Dall'informazione, alla consultazione, alla co-progettazione: ormai è maturo il tempo di superare la logica della mera rendicontazione. La 328/00, la Legge Regionale 2/03, il recente Piano sociale e sanitario e altre indicazioni e documenti regionali ci spingono a sperimentare vere e proprie forme di co-progettazione come strada maestra, per quanto indubbiamente complessa, affinché i nuovi Piani di zona per il benessere e la salute siano vissuti come uno spartito di comune impegno per il benessere della collettività.

Nuovo impulso al volontariato e nuovo ruolo dei Comitati paritetici

A partire dalla Conferenza Regionale del volontariato del 19 gennaio scorso, l'Assessorato regionale intende rafforzare la programmazione di un percorso destinato a favorire la partecipazione del terzo settore al sistema regionale dei servizi.

Questo percorso di partecipazione prevede:

- un più ampio coinvolgimento del volontariato e, successivamente, del terzo sistema, nello scenario del Piano regionale sociale e sanitario;
- una maggiore definizione del ruolo dei Comitati paritetici del volontariato.

In ordine al primo punto è il Piano sociale e sanitario a individuare le modalità che guidano il concorso dei soggetti del terzo sistema alla definizione delle politiche di welfare:

- l'esclusiva titolarità pubblica del sistema;
- la partecipazione alla programmazione, alla progettazione, alla realizzazione e all'erogazione dei servizi;
- il coinvolgimento nell'elaborazione degli Atti di indirizzo e dei Piani distrettuali per la salute e il benessere sociale.

In base a queste modalità è possibile disegnare una complessiva architettura del sistema locale dei servizi socio-sanitari distinta su più livelli operativi di confronto e cooperazione fra autonomie locali e soggetti del privato sociale. Accanto a un **livello regionale**, in cui gli attori principali sono la conferenza del terzo settore e la Regione, si possono individuare un **livello intermedio** ed un **livello distrettuale** in cui gli ambiti di dialogo e di verifica sono rappresentati, rispettivamente, dalla CTSS e dalla Conferenza distrettuale del terzo settore.

La costituzione, l'organizzazione e la composizione di questi organismi prevedono la partecipazione della CTSS, degli enti locali dell'Azienda Usl e dei soggetti del privato sociale riuniti nel Forum del terzo settore. Nell'ottica dell'elaborazione dell'Atto di indirizzo, i soggetti del terzo settore devono essere in grado di esprimere propri luoghi di rappresentanza; l'esperimento dei Comitati paritetici del volontariato, ancora da costituire a Piacenza, costituisce l'avvio di una fase partecipativa che vede coinvolte anche le associazioni di promozione sociale e le cooperative sociali.

La costituzione del **Comitato paritetico**, il soggetto pilota della partecipazione, in virtù della particolare vicinanza del volontariato ai temi caratterizzanti la definizione delle politiche sociali e socio-sanitarie, appare una priorità ineludibile.

**Il Comitato paritetico
come volano della
partecipazione**

A Piacenza, l'impegno per la costituzione del paritetico a tutt'oggi è stato sviluppato in una complessiva ricognizione del volontariato locale, effettuata principalmente attraverso le interviste dei rappresentanti delle organizzazioni e finalizzata a facilitare l'individuazione e la designazione, da parte del volontariato, dei componenti del paritetico.

Nel corso delle interviste effettuate ai rappresentanti delle organizzazioni di volontariato locali, condotte con la collaborazione dello Studio DIATHESIS, è emersa, oltre alla descrizione delle situazioni particolari, una duplice istanza:

- quella di costituire reti di confronto tra il volontariato e tra il Volontariato e le istituzioni;
- quella di favorire l'apporto di nuovi volontari soprattutto nelle fasce d'età giovanili.

Le fasi della ricerca sono state condivise nelle riunioni del tavolo del welfare e con il centro di servizi del volontariato. Le tappe successive sono state l'approfondimento della verifica degli esiti

della ricerca con il volontariato e, nel corso di assemblee distrettuali, l'individuazione dei rappresentanti del mondo del volontariato.

Una volta costituito il Comitato paritetico, la sussidiarietà orizzontale – in cui si può sostanziare il rapporto tra Enti locali e soggetti non profit – sarà idealmente completata:

- dalla costituzione di un **Forum del terzo settore** in cui anche il mondo dell'associazionismo e della cooperazione potranno porsi come interlocutori maggiormente rappresentativi nei confronti delle istituzioni.
- dall'istituzione, da parte della CTSS, di un **Tavolo di confronto** composto dal Presidente della medesima o da suo delegato, da rappresentanti degli Enti locali, da un rappresentante della Azienda USL e da rappresentanti del privato sociale nominati dal forum del terzo settore.

Il tavolo di confronto, una volta costituiti gli organismi di rappresentanza del terzo settore, potrà configurarsi come luogo di un confronto permanente tra istituzioni e soggetti privati nella definizione partecipata degli indirizzi e degli interventi sociali e socio-sanitari.

In definitiva non resta che continuare a percorrere un cammino già intrapreso: il percorso per la definizione di tale Atto è passato attraverso la condivisione delle linee guida che ne hanno tracciato gli orientamenti principali e che hanno consentito di avviare il confronto con tutti gli attori sociali per giungere all'approvazione finale del documento.

Così come previsto dalle direttive regionali, allo scopo di assicurare una rete di servizi integrata e per promuovere una condivisione di strumenti e risorse che consentano di affrontare le nuove vulnerabilità sociali, tra il mese di luglio e il mese di settembre, la CTSS ha indetto una serie di consultazioni sul territorio relative alle linee guida e al Profilo di comunità.

I contributi raccolti da tali incontri hanno consentito di implementare l'analisi quantitativa e qualitativa con valutazioni importanti sull'adeguatezza dell'offerta, sulla dinamica della domanda espressa e inespressa e sui bisogni emergenti.

La promozione di un Forum allargato, dove anche associazionismo e cooperazione diventino interlocutori importanti

L'allestimento di un Tavolo permanente per la definizione partecipata degli indirizzi sociali e socio-sanitari

Un percorso partecipato che ha consentito un confronto allargato su tutto il territorio

In sintesi, la tabella sottostante evidenzia le tappe del percorso realizzato.

Cosa	chi	quando
Attivazione Osservatorio dei bisogni	Provincia	Marzo 2008
Costituzione gruppo di lavoro	Provincia, ASL, Distretti	18-apr
Predisposizione kit e.democracy	Provincia	15-mag
Predisposizione Profilo di comunità	Ufficio di supporto, Provincia, ASL, Distretti	07-lug
Linee guida per l'Atto triennale di indirizzo	CSST	07-lug
Avvio strumenti di e.democracy: www.provincia.pc.it/partecipa/benessere	Provincia	luglio-settembre
Consultazione Organizzazioni sindacali	CSST	28-lug
Consultazione Associazioni Consumatori/Comitato Utenti Misti	CTSS	29-lug
Consultazione Volontariato	CTSS	02-set
Consultazione Cooperazione sociale	CTSS	03-set
Consultazione Associazioni di categoria	CTSS	04-set
Consiglio Provinciale	Provincia	15-set
Conferenza provinciale Welfare	Provincia	16-set

3.2 Il confronto costante e la concertazione con le organizzazioni sindacali

Sono stati sottoscritti due protocolli tra la CTSS e le organizzazioni sindacali: il primo relativo al sistema delle relazioni sindacali per lo sviluppo del welfare locale, il secondo riguardante la ripartizione del FRNA e il miglioramento dei servizi socio-sanitari della provincia di Piacenza.

La prima intesa è stata stipulata con la necessità di procedere alla costruzione e all'implementazione del sistema di welfare, attraverso la cooperazione tra i diversi soggetti istituzionali. Il confronto e la concertazione sono stati individuati quali due metodi di relazione privilegiati con le organizzazioni sindacali. Si è attivato a tal fine un tavolo di confronto permanente con la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria chiamato a discutere gli atti fondamentali di programmazione sociale e sanitaria.

Conseguentemente nel secondo accordo si è trattato di impegnarsi reciprocamente nella gestione del FRNA che deve, da un lato, promuovere la definizione della cornice per organizzare l'offerta e stimolare l'intero sistema erogativo per aggregare tutte le risorse possibili; dall'altra vuole costituire l'atto propedeutico alla costruzione di un pacchetto di politiche integrate a sostegno di un nuovo welfare. Si sono peraltro descritti e definiti ruoli e criteri in relazione all'attivazione di servizi, alla valorizzazione della domiciliarità, alle strutture residenziali e centri diurni, alla qualità, costo dei servizi e

Resta aperto il confronto e cresce la concertazione con le OO.SS.

livelli di compartecipazione della spesa, all'integrazione di regolamenti, al nuovo ufficio di piano distrettuale, al monitoraggio, alla formazione, all'istituzione di tavoli di confronto distrettuali riconoscendo nel distretto la sede decisionale in merito al governo delle politiche socio-sanitarie.

In appendice i due protocolli di intesa con le organizzazioni sindacali (appendici, *allegati 5 e 6*) e le intese distrettuali (appendici, *allegati 7, 8 e 9*).

4. Indicazioni per i processi di valutazione

La valutazione è un processo continuo, per sua natura intersoggettivo, fondato su strumenti cognitivi finalizzati a rappresentare sinteticamente i fenomeni da osservare (*indicatori*) che misura:

- l'efficacia delle politiche
- la qualità delle programmazioni
- il confronto fra obiettivi e risultati raggiunti

e mira a produrre una conoscenza che consenta, laddove necessario, una rimodulazione delle linee di intervento.

Valutare una politica significa innanzitutto sottoporla ad un elenco di domande con specifico riferimento ai seguenti aspetti:

- Pertinenza degli obiettivi
- Messa in opera di misure
- Coerenza degli indirizzi
- Aspettative di obiettivi/risultati attesi
- Efficacia
- Efficienza
- Meccanismi operativi

In modo più preciso l'elaborazione e la conduzione di un «progetto di valutazione» comportano le seguenti tappe:

1. Formulazione del mandato, esplicitazione delle aspettative della committenza, messa in opera dei dispositivi di valutazione, delimitazione dell'«oggetto»
2. Elaborazione di un sistema di riferimento (esplicitazione degli obiettivi della politica in una forma tale da consentire il raffronto tra obiettivi e risultati della politica – indicatori e valori attesi)
3. Formulazione di una diagnosi provvisoria e di ipotesi di lavoro
4. Formulazione di una problematizzazione (set di domande strategiche)
5. Bilancio informativo (rassegna delle sorgenti di informazione disponibili)
6. Elaborazione di un programma di indagine
7. Validazione, sintesi dell'indagine

<p>Il significato della valutazione: continuità, intersoggettività, utilizzo di indicatori puntuali</p>

8. Redazione delle conclusioni e delle raccomandazioni

La valutazione così impostata assicura una mediazione tra la committenza politica e i valutatori. Il suo ruolo più o meno evoluto/formalizzato, è quello di assicurare la traduzione della problematizzazione del livello politico in problematizzazione «scientifica» e in senso inverso la traduzione dei risultati della ricerca valutativa in risposte che producano «senso» per i destinatari politico-amministrativi della valutazione.

La valutazione, nel presente contesto valoriale di riferimento più volte affermato, esige l'apporto delle forze sociali, dei singoli, dei gruppi e dell'intera comunità.

In particolare si ribadisce ai fini valutativi il valore di promuovere una partnership con l'utenza per almeno due essenziali motivi:

- per ragioni di dignità e di cittadinanza, in quanto i destinatari hanno il diritto dovere di testimoniare la partecipazione a una collettività fondata su solidarietà reciproche;
- per ragioni di efficacia, in quanto la partecipazione attiva dei beneficiari è un atto che accresce le possibilità di riuscita a tutte le tappe della programmazione di servizi alla persona:
 - nel suo concepimento, al fine di adattare gli obiettivi ai bisogni e alle aspettative dei beneficiari;
 - nella sua resa operativa, al fine di favorire il lavoro dei professionisti e dei tecnici competenti;
 - nei momenti di valutazione, al fine di rendere efficace la focalizzazione di nuove linee di rimodulazione della rete dell'offerta o di singoli interventi.

In quest'ottica di ascolto e di coinvolgimento, sarà costantemente aggiornato il sito **www.provincia.pc.it/partecipa/benessere**, che, come già precedentemente richiamato, è stato attivato in funzione di un percorso di consultazione diretta della cittadinanza attraverso strumentazioni di e.democracy (newsletter, sondaggi, focus group...) finalizzate ad accompagnare il miglioramento dei processi programmatori e gestionali dei servizi sociali e sanitari.

4.1. Il monitoraggio: primo strumento della valutazione

Il monitoraggio relativo all'attuazione degli indirizzi previsti dall'Atto triennale dovrà basarsi sul sistema informativo integrato sociale e sanitario che sarà messo a punto in collaborazione tra la Provincia, i Comuni e l'Azienda USL. In tal senso il sistema informativo dovrà prevedere la restituzione in continuo dei dati necessari a monitorare il grado di attuazione e gli eventuali scostamenti.

Sistemi e metodi di monitoraggio presuppongono sistemi e metodi di raccolta delle informazioni con i quali si predispongano i

Un progetto valutativo che imposti una mediazione tra la committenza politica e gli stessi valutatori

Un progetto valutativo che consideri un valore coinvolgere direttamente i beneficiari delle programmazioni

Un monitoraggio sul sistema informativo integrato sociale e sanitario che sarà messo a punto in collaborazione tra la Provincia, i Comuni e l'Azienda USL...

valori di riferimento, i valori attesi, gli indicatori e la loro giustificazione, che verranno utilizzati complessivamente per confrontare l'andamento del contesto che viene monitorato.

A tale proposito l'Ufficio di supporto della CTSS, in collaborazione con il tavolo tecnico di coordinamento interdistrettuale, anche recependo buone pratiche validate a livello distrettuale, provvederà a:

- definire per ogni singolo ambito gli indicatori che dovranno essere tenuti sotto controllo tramite misurazione degli esiti. L'ufficio di supporto provvederà semestralmente a riferire in merito all'Ufficio di presidenza della Conferenza. Tali indicatori dovranno fornire gli elementi di valutazione del sistema distrettuale e provinciale, a garanzia del principio di equità distributiva e territoriale, della coesione sociale e comunitaria, della partecipazione e della convergenza di efficacia tra interventi;
- collaborare per la diffusione di una cultura di miglioramento continuo della qualità con particolare riferimento ai servizi sociosanitari;
- promuovere un sistema diffuso di valutazione della qualità percepita, che deve interessare tutti i gestori-erogatori di servizi e gli organi di committenza anche tramite indagini sul "benessere" capaci di coniugare le valutazioni di qualità percepite dai soggetti fruitori dei servizi con quelle tecnico-professionali proprie degli erogatori; indagini di soddisfazione, in particolare per gli interventi innovativi e sperimentali; indagini sulla percezione dello stato di salute, della sicurezza e della soddisfazione relativamente ai servizi tradizionalmente erogati;
- prevedere infine una specifica attività di rendicontazione sociale e report agli organismi di partecipazione previsti (Forum del terzo settore, etc.).

**... e che sappia
coniugare la
percezione di salute, il
gradimento dei servizi
e la trasparenza della
rendicontazione
sociale**

SIGLE E ABBREVIAZIONI

- **ASP** AZIENDA SERVIZI ALLA PERSONA
- **AUSL** AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE
- **CRAL** CONFERENZA REGIONALE AUTONOMIE LOCALI
- **CTSS** CONFERENZA TERRITORIALE SOCIALE E SANITARIA
- **D/O** DOMANDA/OFFERTA
- **DCP** DELIBERA CONSIGLIO PROVINCIALE
- **DCR** DELIBERA CONSIGLIO REGIONALE
- **DGR** DELIBERA DI GIUNTA REGIONALE
- **EELL** ENTI LOCALI
- **FRNA** FONDO REGIONALE PER LA NON AUTOUFFICIENZA
- **FSE** FONDO SOCIALE EUROPEO
- **GP** GIUNTA PROVINCIALE
- **GR** GIUNTA REGIONALE
- **GRACER** RETE REGIONALE DI SERVIZI RIABILITATIVI PER LE PERSONE CON GRAVE CEREBROLESIONE ACQUISITA
- **INAIL** ISTITUTO NAZIONALE CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO
- **IPAB** ISTITUZIONI DI PUBBLICA ASSISTENZA E BENEFICENZA
- **LEA** LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA
- **LR** LEGGE REGIONALE
- **NUP** NUOVO UFFICIO DI PIANO
- **OSS** ORGANIZZAZIONI SINDACALI
- **OSS** OPERATORE SOCIO-SANITARIO
- **PA** PIANO ATTUATIVO
- **PAA** PROGRAMMA ATTUATIVO ANNUALE
- **PAL** PIANO ATTUATIVO LOCALE
- **PARI** PROGRAMMA D'AZIONE PER IL REIMPIEGO
- **PDC** PROFILO DI COMUNITA'
- **PDZ** PIANI DI ZONA
- **POR** PROGRAMMA OPERATIVO REGIONALE
- **PPS** PIANI PER LA SALUTE
- **PRIP** PROGRAMMA RURALE INTEGRATO PROVINCIALE
- **PTCP** PIANO TERRITORIALE COORDINAMENTO PROVINCIALE
- **RER** REGIONE EMILIA ROMAGNA
- **RSA** RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI
- **SAA** SERVIZIO ASSISTENZA ANZIANI
- **SAD** SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE
- **SCV** SERVIZIO CIVILE
- **UO** UNITA' ORGANIZZATIVA
- **UUOO** UNITA' ORGANIZZATIVE