

# Atto di indirizzo e coordinamento

della Conferenza Territoriale  
Sociale e Sanitaria di Ravenna

**triennio 2009-2011**



Conferenza Territoriale  
Sociale e Sanitaria  
di Ravenna



# **Atto di indirizzo e coordinamento**

della Conferenza Territoriale  
Sociale e Sanitaria di Ravenna

**triennio 2009-2011**

Approvato nella seduta  
della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria  
del 30 settembre 2008



Conferenza Territoriale  
Sociale e Sanitaria  
di Ravenna

## Atto di Indirizzo e Coordinamento della CTSS di Ravenna

**Redazione:** a cura dell'Ufficio di Supporto alla CTSS di Ravenna

**Responsabile redazione:** Eno Quargnolo, *Direttore Attività socio-sanitarie Ausl di Ravenna (DASS)*, coadiuvato da Sonia Cicero, *collaboratrice DASS e Ufficio di supporto alla CTSS*

### Contributi alla redazione:

- Responsabili UDP di Lugo, Faenza, Ravenna
- Responsabili e Operatori dei Servizi Sociali di Lugo e Faenza (Ausl, Comune di Lugo, Centro per le Famiglie, S.S. Associati)
- Responsabili Area Istruzione Infanzia-Coordinamento pedagogico EE.LL. e Istituzione di Ravenna
- Responsabili Politiche per l'Immigrazione e Politiche giovanili, di genere e sicurezza del Comune di Ravenna
- Responsabili Area Minori e Disabili, Area povertà e dipendenze, del Consorzio di Ravenna
- Responsabili Settori e Servizi della Provincia di Ravenna
- Direzione Sanitaria e Generale della Ausl di Ravenna
- Direttori di Distretto di Lugo, Faenza, Ravenna della Ausl di Ravenna
- Responsabili delle U.O e dei Dipartimenti della Ausl di Ravenna
  - Dipartimento Sanità Pubblica
  - Dipartimento Salute Mentale
  - Dipartimenti Cure Primarie
  - Responsabili Ospedali
- Servizi in staff alla DG della Ausl (Epidemiologia, Sistemi Informativi...)

### Redazione grafica a cura di:

Maria Edoarda Fava *Epidemiologia e Comunicazione - Ausl Ravenna*

### Note

La redazione dell'Atto di Indirizzo e Coordinamento è stata realizzata grazie al contributo di diversi professionisti appartenenti ai Comuni, alla Provincia e alla Ausl, coordinati da un responsabile e una collaboratrice esperta nell'area sociosanitaria che hanno intervistato diversi testimoni esperti nelle varie aree e hanno sintetizzato analisi, progetti, obiettivi contenuti in vari documenti (si veda elenco di seguito). Il coordinamento generale è stato curato dall'Ufficio di supporto alla CTSS e dalla Presidente della CTSS stessa. Il documento è stato portato all'attenzione di diversi interlocutori istituzionali e della società civile (si veda elenco) e riedito in una versione definitiva che ha recepito buona parte delle considerazioni emerse dal confronto. La redazione del presente documento si è avvalsa anche di contributi emersi nell'ambito del seminario di apertura del processo di pianificazione (23 giugno 2008) e nell'ambito delle varie sedute della CTSS, in particolare quella allargata ai tecnici dei Comuni e Ausl.

### Documenti principali consultati:

- RER, Piano sociosanitario Regione Emilia Romagna (2008-2010)
- RER, Piano sanitario Regione Emilia Romagna (1999-2001)
- RER, Piano Azioni Regionale (politiche a favore degli anziani) (2007)
- RER, La povertà e l'esclusione sociale in ER (2007)
- RER, Analisi dati di spesa sociale e sociosanitaria ER (2007)
- RER, Disuguaglianze in cifre. Potenzialità delle banche dati sanitarie. Dossier 145, anno 2007.
- RER, La politica di Salute Mentale in E.R. - Piano attuativo 2007-2009
- RER, Indirizzi per l'organizzazione dei Dipartimenti di Cure Primarie, di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, di Sanità Pubblica (2007)
- RER, Prime linee di indirizzo in tema di prevenzione e di contrasto del consumo/abuso di sostanze stupefacenti e psicotrope (2006)
- RER, Il piano regionale pluriennale della prevenzione (2006)

- RER, La promozione della salute nell'infanzia e nell'età evolutiva (2001)
- RER, Le politiche sociali in Emilia Romagna (2001)
- RER, Passi Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia (2006) allegato sul web
- RER, Norme in materia di politiche per le giovani generazioni (2008) allegato sul web
- CTSS, Ausl di Ravenna, Piano Attuativo Locale 2004-2006
- CTSS di Ravenna, Piani per la salute provincia di Ravenna (2008-2011)
- CTSS, PDZ locali programmatici e attuativi (2008)
- Provincia di Ravenna, Piano Territoriale di Coordinamento Provinciale di Ravenna (2006)
- Provincia di Ravenna, Integrazione sociale cittadini stranieri (2006)
- Provincia di Ravenna, Salute e immigrazione: pari opportunità (2007) allegato sul web
- Provincia di Ravenna, Osservatorio immigrazione (2006)
- Provincia di Ravenna, Programmi provinciali per la promozione di politiche di accoglienza e tutela infanzia e adolescenza (2008)
- Provincia di Ravenna, Piano territoriale provinciale per azioni di integrazione sociale a favore di cittadini stranieri immigrati (2008)
- Provincia di Ravenna, Il fenomeno dell'associazionismo e del volontariato in Provincia di Ravenna, Report finale (2002) allegato sul web

#### **Altre fonti:**

- CENSIS, rapporti sulla coesione sociale (2003)
- CENSIS, Rapporto sulla popolazione (2008)
- ISTAT, Rapporto annuale (2007)
- ISTAT, La povertà relativa in Italia nel 2006, Statistiche in brave (2007) allegato sul web
- Ministero della Famiglia, Conferenza Nazionale Famiglie (2007)
- Il sole 24 ore, Dossier su criminalità (2008)
- AA.VV., Dalla ricerca alla costruzione di modelli operativi integrati per la salute dell'infanzia (2007)
- Gruppo lavoro per la convenzione sui diritti dell'infanzia e l'adolescenza, I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia (2007)
- Ausl di Ravenna, Bilancio di Missione azienda Ausl di Ravenna (2006, 2007, 2008) allegato sul web
- Ausl Ravenna, Studi Passi per l'Italia, Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia. Azienda Sanitaria di Ravenna (2006) allegato sul web
- Martinelli V., Capitale sociale e percezione della comunità, dei servizi, del benessere e della salute. Ricerca rivolta ai cittadini della Provincia di Ravenna (2008) allegato sul web
- Calderone B., Marcon A., Interviste ai testimoni significativi del territorio della Provincia di Ravenna. Rapporto di ricerca (2008) allegato sul web
- Council of the European Union, Conclusions of the Council, the importance of family-friendly policies in Europe (2007) allegato sul web
- Ausl di Ravenna, Pronto Soccorso: una risorsa per l'emergenza-urgenza. Rapporto a cura del Servizio di Epidemiologia Ricerca e Sviluppo (2008) allegato sul web

#### **Istituzioni e organismi contattati e partecipi del processo di pianificazione:**

In diversi incontri, nel corso dei mesi di luglio-settembre 2008, si è dibattuto nel merito dei contenuti qui riportati con i seguenti soggetti della provincia di Ravenna:

- CGIL - CISL - UIL provinciali
- Associazioni Industriali - Confindustria
- Associazione Piccola Industria (API)
- Confederazione Nazionale Artigianato (CNA)
- Confartigianato FAPA
- ASCOM
- Confesercenti

- Lega Provinciale Cooperative
- Unione Provinciale Cooperative
- AGCI
- Federazione Provinciale Coltivatori Diretti
- Confederazione Italiana Agricoltori
- Associazione Agricoltori
- Componenti il C.d.A e Direttore ASP Bassaromagna - Lugo
- Componenti il C.d.A e Direttore ASP Ravenna-Russi-Cervia
- Componenti il C.d.A e Direttore ASP Prendersi Cura Faenza
- Componenti il C.d.A e Direttore ASP Solidarietà Insieme Faenza
- Forum Provinciale terzo settore
- Comitato Consultivo Misto Ausl Ravenna
- Collegio di Direzione dell'Ausl di Bologna
- Commissioni consiliari dei Comuni e della Provincia
- Consigli comunali e provinciale

## Presentazione

Con quest'Atto di indirizzo e coordinamento si avvia nel nostro territorio provinciale una nuova stagione della programmazione pubblica in campo sociale e sanitario.

Le innovazioni sono visibili e consistenti. Innanzitutto nell'approccio, poiché si parte dalla lettura della nostra comunità, dei suoi cambiamenti e dei suoi bisogni, dai bisogni delle persone. Il Profilo di Comunità, che contiene questa fotografia, rappresenterà anche per il futuro un prezioso strumento di analisi, conoscenza e monitoraggio a disposizione di tutti.

Il metodo di lavoro con il quale è stato predisposto l'Atto di indirizzo è caratterizzato dalla integrazione: tra le competenze del sistema sanitario e quelle del sociale, tra le conoscenze che i diversi attori hanno messo a disposizione, tra le istituzioni, Comuni e Provincia e Asl, tra le diverse politiche che sono state prese a riferimento.

L'integrazione, infatti, è la sfida che abbiamo di fronte: innanzitutto tra l'intervento sociale e l'intervento sanitario, se si vuole davvero affermare la centralità della persona rispetto al progetto di cura, ma l'integrazione deve anche essere sempre più tra soggetti pubblici e soggetti privati, che partecipano alla programmazione, alla progettazione, alla realizzazione degli interventi del sistema dei servizi a rete, che condividono responsabilità e ruolo nel welfare di comunità che vogliamo realizzare.

Compito di questo documento è indirizzare le politiche del prossimo triennio: con un approccio unitario ed integrato, superando frammentazione e autoreferenzialità, quando esistono, indicando obiettivi comuni e contenuti da sviluppare per allargare e migliorare il nostro welfare locale, la sanità e le politiche per la salute.

Saranno i successivi Piani di Zona per il benessere e la salute a definire con maggiore precisione i progetti concreti, lo sviluppo distrettuale di questi indirizzi in un sistema di servizi e interventi, con la relativa copertura finanziaria; sarà il Piano Attuativo Locale a dettagliare le azioni rispetto ai servizi sanitari, territoriali, ospedalieri, in area vasta.

Nella traduzione degli indirizzi in progetti concreti ed in servizi si lavorerà dunque con continuità e coerenza, poiché non vi sono fratture tra il disegno complessivo di governo del nostro welfare locale e la sua definizione attuativa, con l'auspicio che le risorse indispensabili al suo funzionamento siano messe a disposizione da tutti i livelli di governo e da tutti gli attori sociali, economici, della comunità coinvolti.

Il confronto che ora si aprirà dentro le sedi istituzionali ed in tutti i tavoli attivati, con i sindacati, con i soggetti economici, con il terzo settore, con le ASP, con i professionisti e gli operatori, sono certa che porterà un ulteriore contributo di arricchimento dei contenuti e mi auguro di condivisione degli obiettivi del welfare di comunità di Ravenna.

Infine un doveroso, ma non per questo meno sentito ringraziamento all'Ufficio di Supporto della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria: l'elaborazione dell'Atto di indirizzo è stato il suo primo, straordinario impegno, che ha realizzato molto bene, con passione e competenza.

Grazie a tutti i componenti, a cominciare dal responsabile della redazione dell'Atto di indirizzo Eno Quargnolo, ma grazie anche a tutti coloro che hanno collaborato, a vario titolo ed in varia misura a elaborare il Profilo di Comunità e le due ricerche che lo arricchiscono.

L'armonia con la quale abbiamo lavorato insieme è la conferma che è l'integrazione la strada giusta da percorrere!

*Emanuela Giangrandi*

Assessore Provinciale Politiche sociali e sanitarie  
Presidente della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria di Ravenna

# Indice

<b>Parte Prima - Quadro di riferimento</b> .....	<b>11</b>
Premessa .....	12
1. Il nuovo welfare regionale: dalla legge 2/03 al Piano Sociale e Sanitario .....	14
1.1 L'integrazione istituzionale .....	14
1.2 Il Fondo per la non autosufficienza .....	15
1.3 L'innovazione nell'organizzazione dei servizi .....	15
1.4 La politica sanitaria .....	16
1.5 Le politiche sociali .....	17
2. La provincia di Ravenna .....	17
2.1 Il PTCP e l'integrazione delle politiche territoriali .....	17
2.2 Nuovi e vecchi bisogni di benessere e salute .....	21
2.3 Le criticità nei servizi .....	23
2.4 Le strategie prioritarie per il welfare di comunità a Ravenna .....	24
<b>Parte Seconda - Il profilo di comunità di Ravenna</b> .....	<b>31</b>
1. Una comunità in salute e coesa .....	32
1.1 Alcuni segnali di vulnerabilità .....	33
1.2 Vulnerabilità delle famiglie .....	35
1.3 Fragilità, cronicità e non autosufficienza .....	40
1.4 Sicurezza negli ambienti di vita e lavoro .....	43
<b>Parte Terza - Indirizzi e priorità strategiche per i Piani di Zona distrettuali per la salute e il benessere sociale</b> .....	<b>49</b>
1. Vita indipendente e scelte abitative .....	50
2. Qualità della vita, guadagno di salute: paesi e città vivibili per tutte le età .....	53
2.1 Famiglie con bambini, adolescenti e giovani .....	53
2.2 Anziani e non autosufficienti .....	55
3. Deboli, fragili e non autosufficienti: prendersi cura .....	56
3.1 Famiglie con bambini, adolescenti e adulti in condizione di disagio .....	57
3.2 Anziani e non autosufficienti .....	59
4. Il sistema dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari: innovazione e sviluppo .....	61
4.1 Investire nel sistema di accesso e presa in carico .....	61
4.2 Investire nel sistema a rete .....	62
4.3 Investire nella riabilitazione .....	64
4.4 Investire in ICT .....	65
4.5 Investire in formazione e aggiornamento .....	65
4.6 Investire in valutazione, rendicontazione sociale e qualità .....	66
5. Gli indirizzi per la non autosufficienza: principi guida .....	68

## **Parte Quarta - Indirizzi per il Piano Attuativo Locale ..... 69**

1. Indirizzi per il Piano Attuativo Locale 2009-2011 .....	70
1.1 L'assistenza ospedaliera .....	71
1.2 L'assistenza primaria .....	73
1.3 Il nuovo ruolo dei Dipartimenti di Sanità Pubblica e Salute Mentale .....	79
1.4 Investimenti strutturali e tecnologici .....	82
1.5 La ricerca, l'innovazione e lo sviluppo .....	82
1.6 Lo sviluppo delle azioni in Area Vasta .....	83

## **Parte Quinta - Indirizzi per il coordinamento, la partecipazione, il monitoraggio e la valutazione ..... 87**

1. Gli strumenti di coordinamento interistituzionale ed operativo .....	88
1.1 Amministrazioni locali .....	88
1.2 Istituzioni scolastiche ed educative .....	90
1.3 Istituzioni giudiziarie, carcerarie e di polizia .....	91
1.4 Soggetti dell'area produttiva e commerciale e mass media .....	91
1.5 Soggetti del Terzo Settore, della società civile e forze sociali .....	92
2. Gli strumenti di partecipazione e confronto .....	92
3. Monitoraggio e valutazione dell'Atto .....	93

## **Tabelle e allegati ..... 95**

Tabella 1. Sintesi dei fattori positivi e critici emergenti dall'analisi del bisogno e dell'offerta .....	96
Tabella 2. Sintesi degli Obiettivi prioritari per Aree strategiche .....	98
Allegato 1. Integrazione delle Politiche: schede azioni e progetti .....	102
Allegato 2. Valutazione azioni PAL 2004-2006 .....	105
Allegato 3. Sistema di pianificazione integrato .....	122
Allegato 4. Valutazioni e proposte per un percorso di realizzazione concertata dell'“Atto di indirizzo e coordinamento - triennio 2009-2011” della Conferenza Territoriale Sociale Sanitaria di Ravenna. Documento unitario CGIL, CISL e UIL. ....	124
Allegato 5. La cooperazione sociale nel nuovo Welfare della provincia di Ravenna. Documento unitario della cooperazione ravennate. ....	126





Parte prima

*Quadro di  
riferimento*

## Premessa

Stiamo velocemente avviandoci verso nuovi approcci e strategie per affrontare i problemi di una comunità.

Innanzitutto, in questi ultimi anni abbiamo cambiato la nostra strategia nell'affrontare i problemi di salute e benessere.

Abbiamo cominciato ad affrontare il problema del benessere sociale e della salute in una prospettiva comunitaria, a guardare al sistema di welfare come a un insieme di attori e di fattori che concorrono alla protezione e allo sviluppo sociale e al guadagno di salute di una popolazione.

Sul fronte del benessere sociale, abbiamo compreso il valore del reciproco riconoscimento, della condivisione di intenti e della valorizzazione dei diversi punti di vista che si deve determinare tra gli attori in gioco per portare quel valore aggiunto essenziale al benessere collettivo e individuale dato dalla coesione sociale. E' la "comunità partecipe e competente" che rende possibile il senso di appartenenza, la capacità di fronteggiare il disagio, le crisi sociali, familiari e personali, l'insicurezza, l'incertezza prodotta dai tanti e veloci cambiamenti, l'accesso stesso alle risorse ed opportunità effettivamente esistenti per tutte le generazioni, il sostegno alle tante "fragilità sociali", la stabilità stessa del vivere sociale.

Altrettanto, sul fronte della salute, abbiamo appreso come essa rappresenti il risultato marginale di tutte le politiche e gli interventi che hanno a che fare con lo sviluppo (occupazione, urbanistica, tecnologia...) e con l'intera comunità, che i problemi di malattia, disabilità e morte sono sempre meno sensibili a un'espansione dell'assistenza sanitaria, che la prevenzione non può essere prerogativa di un solo soggetto (la sanità); anzi, gli effetti sulla salute devono guidare tutte le scelte politiche più importanti, attraverso una sistematica valutazione d'impatto. L'obiettivo della salute si affronta con gli strumenti propri della programmazione e dell'agire politico.

Questa consapevolezza spinge a promuovere la salute e il benessere attraverso un nuovo approccio in cui le politiche socio-economiche diventano persino più importanti di quelle sanitarie e socioassistenziali nel raggiungere obiettivi di salute e di benessere sociale.

Ciò fa dire ai Ministri della Salute della UE che la "salute deve essere promossa in tutte le politiche e da tutti i soggetti di una comunità" agendo sui suoi principali determinanti per raggiungere i "guadagni" attesi<sup>1</sup>.

In secondo luogo, abbiamo compreso, in conseguenza anche di quanto appena detto, l'importanza dell'integrazione delle diverse politiche che incidono maggiormente sulle condizioni di benessere e salute, come le politiche della casa, del lavoro, della formazione ed educazione, dell'ambiente e dell'assetto del territorio, della sicurezza, del contrasto delle povertà, del tempo libero e della cultura.

Ognuna di esse produce effetti moltiplicatori se rese interdipendenti e sinergiche.

Il modo per garantire valore aggiunto è quello di sviluppare processi di pianificazione in modo omogeneo e coerente; implementare in modo coordinato le azioni in fase operativa condividendo gli obiettivi, valutando insieme gli esiti.

A questo proposito, la Regione Emilia-Romagna ha avviato da tempo un processo di semplificazione dei vari sistemi e processi di pianificazione nell'area socio-sanitaria e nelle aree ad

---

<sup>1</sup> Conferenza dei Ministri della Salute della UE; La salute in tutte le politiche (2007)

essa attigue con lo scopo di giungere a un sistema integrato in cui tutti i processi di pianificazione dialoghino fra loro.

Il nuovo **Piano Sociale e Sanitario regionale** del prossimo triennio disegna questa nuova strategia, supportata da un nuovo modello di governance che rimarca il ruolo di regia del “pubblico”, la sua forte presenza di garanzia e, insieme, il ruolo delle organizzazioni della società civile, del terzo settore e delle stesse persone e famiglie che esprimono esigenze di sostegno e cura.

Stiamo superando la fase in cui ogni soggetto pianificava separatamente le sue politiche e azioni.

Oggi i diversi sistemi e in particolare il sistema sociale e sanitario sono chiamati a farlo unitariamente attraverso un solo processo di pianificazione integrato e in modo partecipato.

A livello distrettuale/zonale, tutti i piani propri della sanità e degli EE.LL. sperimentati in questi ultimi anni (Programmi delle Attività territoriali, Piani per la Non autosufficienza, Piani per la Salute) confluiscono in un unico processo: il **Piano di Zona per il benessere e la salute** (PdZ).

A livello provinciale si attiva invece un nuovo strumento: l'**Atto di indirizzo e coordinamento**.

Questo strumento nasce con lo scopo di dare indirizzi agli organismi locali (Comitati di Distretto) per la definizione di priorità strategiche per i PdZ e per integrare le politiche che la pianificazione presente a livello provinciale esprime in diversi processi e atti. In specifico l'integrazione va cercata con i Piani Territoriali di Coordinamento (PTCP) - di diretta derivazione regionale (PTR), recepiti e implementati a livello di singoli Comuni (PSC) - che si orientano a “tenere insieme” le diverse politiche e gli indirizzi strategici che si palesano a livello provinciale, oltre che gli attori sociali che li esprimono.

Altri Piani e programmi regionali e provinciali centrati su specifiche popolazioni o problemi (immigrati, anziani, prevenzione, salute mentale e dipendenze patologiche, altre politiche sanitarie e socio-sanitarie, politiche socio-educative...) - che abbiamo riportato nel testo e in allegato - completano e i livelli di integrazione appena citati.

L'obiettivo di integrare e rendere sinergici questi processi costituisce un impegno già a partire da questa prima fase di pianificazione integrata e partecipata.

Stiamo operando infatti diversi “salti logici”, nell'arco di un tempo relativamente breve, che costringe a diversi “cambiamenti di rotta” o, se si preferisce, di “paradigmi”, come vedremo meglio più oltre:

1. **integrare il sistema sociale con quello sanitario**: è confermata l'esigenza di lavorare sui bisogni delle popolazioni più vulnerabili e fragili e di integrare questi due sistemi sul piano comunitario, istituzionale, organizzativo e professionale;
2. **allargare lo spettro di azione di questi sistemi orientandoli alla promozione del benessere e della salute** attraverso la valorizzazione e mobilitazione delle risorse dei singoli e delle comunità, quali attori competenti e responsabili della salute soggettiva e collettiva e della loro qualità della vita;
3. **cercare le sinergie con altre politiche e sistemi**, educativo-formativo, socio-lavorativo, abitativo, ambientale, ecc., per dare risposta esauriente e anticipatoria ai problemi, per contenere l'espansione dei bisogni e il carico assistenziale conseguente; per garantire, in sostanza, la stessa sostenibilità delle pratiche e delle politiche socio-sanitarie.

Impegno oneroso ed ineludibile, insieme.

## 1 Il nuovo welfare regionale dalla legge 2/03 al Piano Sociale e Sanitario

Nel nuovo Piano Sociale e Sanitario la Regione promuove un significativo cambiamento delle politiche.

Si sostiene che i nuovi bisogni “della società che cambia”, sempre più articolati e complessi, non consentono risposte settoriali, ma richiedono “risposte unitarie che considerino la persona nella sua globalità, anche di relazione, che sappiano garantire assistenza senza soluzione di continuità.

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

Garantire risposte personalizzate, e nel contempo garantire equità d’accesso nei vari territori, è possibile in una logica di integrazione a tutti i livelli.

Essa permette infatti lo sviluppo di reti assistenziali a cui partecipano servizi diversi e, al tempo stesso, permette di coinvolgere, valorizzando le singole autonomie, tutti i soggetti - Regione, Enti locali, Aziende sanitarie, strutture pubbliche, private no profit e profit, associazioni, volontariato, forze sociali - che a vario titolo sono chiamati a svolgere un ruolo per l’affermazione dei diritti di cittadinanza, contributo fondamentale per lo sviluppo di una società più coesa, civile e dinamica.

Anche gli indirizzi per il nuovo Piano Territoriale Regionale (PTR) richiamano la necessità di un “salto di qualità” che richiede di puntare in modo lungimirante e deciso sulla riqualificazione delle aree territoriali secondo due principi:

1. la qualità delle nostre città, del nostro tessuto abitativo, anche attraverso il recupero di spazi e luoghi da restituire ai cittadini;
2. la solidarietà, sapendo intercettare i bisogni delle diverse componenti della società regionale, soprattutto se deboli, che devono trovare nel tessuto urbano gli spazi adeguati alle loro specifiche esigenze, assicurando nel contempo sicurezza sociale e personale<sup>2</sup>.

Si punta così a ridisegnare “i luoghi dell’abitare e del produrre” e a mettere a disposizione le tecnologie più avanzate per i servizi produttivi e sociali, a partire dalle nuove tecnologie della comunicazione e della socializzazione.

Il nuovo PTR punta, infatti, a rappresentare una forte connessione tra pianificazione territoriale, sostenibilità ambientale e sviluppo sociale ed economico.

### 1.1 L’integrazione istituzionale

Sul piano sociale e sanitario, il modello di *governance* proposto dalla RER prevede di sviluppare innanzitutto una forte integrazione istituzionale. Essa si concretizza nella Conferenza territoriale sociale e sanitaria e nel Comitato di Distretto, supportati da organismi tecnici: l’Ufficio di Piano e l’Ufficio di supporto alla CTSS. E’ a questo livello che si giocano le funzioni di governo esercitate attraverso le funzioni di pianificazione, controllo, regolazione e committenza.

---

<sup>2</sup> RER, Una regione attraente: verso il piano territoriale regionale, 2008

L'ambito distrettuale diventa la sede elettiva della integrazione dei medici di famiglia, dei servizi sanitari e sociali territoriali con i servizi ospedalieri; della elaborazione del piano e dell'utilizzo del Fondo per la non autosufficienza; della costituzione delle Aziende pubbliche di servizi alla persona (nate dalla trasformazione delle ex Ipab); dei rapporti con soggetti privati profit e no profit nell'erogazione di servizi sociali e socio-sanitari residenziali e domiciliari, dei rapporti con il volontariato e l'associazionismo.

## 1.2 Il Fondo per la non autosufficienza

Uno strumento utile in questo processo di integrazione, è il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRNA).

Il Fondo, gestito a livello distrettuale, è stato istituito per produrre maggiore equità nello sviluppo della rete dei servizi e migliori condizioni di eguaglianza assistenziale con omogenee opportunità di accesso, qualità nei trattamenti, equa contribuzione a carico dei cittadini. È stato finalizzato a potenziare la rete dei servizi, in particolare la domiciliarità; a contenere la compartecipazione delle persone alle "spese alberghiere" delle residenze, a riconoscere le forme di autorganizzazione delle famiglie con un'attenzione specifica alle assistenti domiciliari straniere e alla promozione di forme innovative di assistenza.

## 1.3 L'innovazione nell'organizzazione dei servizi

Servirà al sistema uno sforzo ulteriore di innovazione dei servizi per assicurare un ruolo centrale alla persona ed alla sua famiglia e alla comunità, nella definizione dei progetti di sostegno e dei cambiamenti che i servizi stessi devono operare in relazione ai diversi bisogni emergenti, per sviluppare le professionalità e la collaborazione tra professionalità diverse, specie nell'affrontare i bisogni complessi; la qualificazione del sistema dell'accesso per offrire garanzie di equità; la costruzione del sistema di rapporti con i fornitori di servizi basato sull'accreditamento.

La stessa costituzione delle Aziende pubbliche di servizi alla persona, produttori ed erogatori di servizi socio-sanitari e sociali per le persone in ogni fascia di età, concorre a sostenere questo disegno chiarendo il ruolo della componente pubblica nella realizzazione dei servizi sociali e socio-sanitari.

In questa prospettiva un elemento decisivo di innovazione, avviato con le esperienze dei Piani di zona, da ampliare e consolidare, riguarda la valorizzazione delle risorse attive della realtà sociale e del terzo settore, il loro coinvolgimento nella pianificazione, attuazione e monitoraggio degli interventi.

Inoltre, per orientare i cittadini e le cittadine all'accesso dei servizi del nuovo welfare e per rendere effettiva la loro possibilità di determinare in modo attivo i percorsi di sostegno che li riguardano, il Piano prevede l'integrazione, a livello locale, tra i punti informativi e di accesso ai servizi, con una particolare attenzione alle fasce "più deboli" (anziani, immigrati, persone con "disagio" economico e sociale): gli Sportelli sociali, gli Sportelli unici distrettuali, gli Uffici relazioni con il pubblico devono dunque essere tra loro comunicanti.

Più in generale, oltre a facilitare l'uso appropriato dei servizi, la strategia proposta dal

Piano è centrata sullo sviluppo di un sistema di comunicazione regionale e locale per: rafforzare la capacità delle persone di effettuare scelte consapevoli rispetto alla salute e di orientare i propri comportamenti (ad esempio nelle scelte alimentari, nelle vaccinazioni, negli screening, nella gestione di emergenze); utilizzare il parere delle persone nella valutazione dei servizi per garantire adeguati processi di miglioramento; e, infine, per valorizzare la partecipazione delle comunità nelle scelte per la salute e nella programmazione sociale e sanitaria. La costruzione di una *partnership* tra cittadini, cittadine e servizi è una delle leve fondamentali per migliorare la salute e la qualità della vita e per offrire un'assistenza sanitaria e sociale di tipo universalistico, fedele ai principi d'equità, accessibilità ed efficacia.

## 1.4 La politica sanitaria

La politica sanitaria proposta nel Piano sociale e sanitario conferma e rilancia il nuovo ruolo del Distretto quale punto di programmazione e di erogazione dell'assistenza primaria e quale luogo appropriato per l'integrazione tra soggetti e servizi sanitari, socio-sanitari e sociali, gestiti dal pubblico (Aziende Usl, ASP, Comuni) o dal privato sociale profit e no profit. In questo quadro, di fondamentale importanza il ruolo dei medici di famiglia la cui attività deve avvenire in forme associate (i Nuclei delle cure primarie del Distretto) in modo da garantire maggiore accessibilità con ampliamento degli orari di apertura degli ambulatori e continuità delle cure attraverso la rete con gli altri servizi.

Per l'assistenza ospedaliera, viene confermato il modello delle reti integrate di servizi Hub & Spoke: ospedali di alta specializzazione (HUB) collegati agli ospedali del territorio (SPOKE) per trattare casi complessi che richiedono alte tecnologie e professionalità. Oltre a quelle già avviate, il Piano prevede prioritariamente lo sviluppo della rete oncologica regionale.

Per la promozione della salute e la prevenzione delle malattie l'approccio prevede la necessità di sviluppare le competenze professionali e una partecipazione più organica dei Dipartimenti di sanità pubblica delle Aziende Usl al tema generale della sanità pubblica sviluppando una azione più unitaria con gli altri servizi sanitari e innovando il proprio modo di operare orientandoci alla promozione della "cultura della sicurezza", che sposta l'azione dai controlli ispettivi alla responsabilizzazione dei soggetti economici e alla valutazione del loro grado di autocontrollo.

Lo sviluppo, infine, dei Dipartimenti di salute mentale riguarda tutte le aree che contribuiscono alla salute mentale della popolazione in tutte le età: promozione della salute mentale in una prospettiva di sanità pubblica (non la "patologia" ma una popolazione con diversi bisogni); diagnosi, cura e riabilitazione del disagio psichico, del disturbo mentale e delle dipendenze patologiche nell'intero arco della vita con una rinnovata attenzione ai processi di riabilitazione sociale da attivare con i servizi sociali pubblici e no profit e con il coinvolgimento della comunità. Leve strategiche sono la formazione degli operatori, la ricerca e l'innovazione anche attraverso il potenziamento del collegamento con l'Università, l'integrazione dei soggetti del terzo settore nella erogazione dei servizi.

## 1.5 Le politiche sociali

Le politiche sociali sono rivolte in particolare all'infanzia, ai giovani, alle famiglie, agli anziani, alle persone con disabilità, alle persone che vivono in situazioni di disagio sociale o economico, e perseguono obiettivi generali orientati al benessere sociale. Sono enfatizzate funzioni come la tutela e il protagonismo dei soggetti sociali quali la famiglie e i giovani, "risorse" della comunità, in grado di renderla "sostenibile" con il loro attivo contributo di cura, di sostegno, di mutuo-aiuto, di partecipazione attiva ai processi sociali comunitari.

In particolare le politiche prioritarie indicate riguardano: il contrasto della povertà e del rischio di esclusione sociale, il sostegno all'inserimento sociale e lavorativo delle persone e delle famiglie immigrate, i supporti alle famiglie, la promozione dell'agio e del protagonismo dei bambini e dei giovani, la riqualificazione del sistema di accoglienza dei minori accolti in affidamento o in comunità, il sostegno alla non autosufficienza, alla domiciliarità, alle responsabilità familiari di cura con particolare riferimento al ruolo delle donne, al potenziamento dei servizi educativi e per favorire l'inclusione sociale e l'autonomia delle persone con disabilità, le politiche di genere, la promozione della coesione sociale e della integrazione socio-educativa.

Il sistema dei servizi prevede una graduazione degli accessi per indirizzare le risorse e i servizi verso le situazioni caratterizzate da maggiore fragilità sociale e da bisogni di maggiore intensità perseguendo equità nell'accesso (a pari bisogni e condizioni, pari servizi) ed equità nella compartecipazione alla spesa.

## 2 La provincia di Ravenna

### 2.1 Il PTCP e l'integrazione delle politiche territoriali

Nell'ambito dell'ultimo Piano Territoriale di Coordinamento provinciale (PTCP) l'Amministrazione Provinciale ha proposto una serie di valutazioni sui cambiamenti del contesto sociale e alcune linee strategiche ancora valide che qui vogliamo richiamare per dare modo di inquadrare quanto scriveremo più in dettaglio nei prossimi capitoli.

Nel PTCP si sostiene, innanzitutto, come la coesione sociale rappresenti un tratto distintivo della identità del territorio ravennate, un punto di forza sia della qualità sociale, sia della competitività del sistema economico e come l'interdipendenza dei fattori ambientali, economici e sociali sia un principio assodato nelle politiche pubbliche territoriali.

E' consapevolezza comune che la ricchezza, la qualità e la diffusione dei servizi sociali e sanitari, la loro equilibrata distribuzione nel territorio e il ricco tessuto di partecipazione sociale che ha dato vita ad un terzo settore di volontariato, associazionismo e cooperazione sociale molto consistente, siano alla base della qualità sociale che contraddistingue questo territorio.

Il "capitale sociale", dato dal senso di appartenenza a una comunità, dalla partecipazione, dalla solidarietà, dal livello di fiducia dei cittadini verso le istituzioni e dal rispetto delle

regole e senso civico dei cittadini, come vedremo anche più estesamente nel “profilo di comunità”, è complessivamente caratterizzato da buoni indici, stando alle opinioni e al comune sentire della comunità provinciale, ed è in chiara correlazione con la percezione di salute e sicurezza che i cittadini manifestano: cresce la percezione di sentirsi sicuri in un territorio e di avere una buona qualità della vita al crescere del “capitale sociale” percepito dalla popolazione.

D'altra parte, oggi si assiste ad una crisi del *welfare* che ha tre caratteristiche:

- una crisi finanziaria, vale a dire di sostenibilità complessiva dei suoi costi in relazione alle risorse pubbliche;
- una crisi demografica, nella quale confluiscano il tema dell'invecchiamento della popolazione e quello in parte conseguente del flusso immigratorio dai paesi più poveri;
- una crisi delle relazioni sociali, che fotografa i cambiamenti sociali e culturali, dalla frammentazione urbana, alla atomizzazione della famiglia, che allentano le tradizionali reti di solidarietà all'interno delle comunità.

Raccordare e porre a verifica le Politiche Settoriali significa impegnarsi ad agire non solo per il governo del territorio e per la sua tutela e salvaguardia ambientale, ma anche per ampliare l'azione politica verso le tematiche di sviluppo economico e sociale.

Il quadro dello sviluppo economico ravennate presenta da sempre “tratti positivi di identità territoriale” correlati a coesione sociale, ricco patrimonio culturale e ambientale, ruolo significativo della piccola impresa, cui si unisce nel corso degli anni '90, un consistente e deciso impulso di crescita che coinvolge l'intero territorio (area portuale, distretto chimico, sviluppo della logistica, sviluppo del settore dei servizi, nuove forme di turismo). La sfida di oggi non può che basarsi:

1. sull'integrazione delle Politiche a partire dalla considerazione che “...economia, società, ambiente e territorio sono elementi da tenere insieme che vanno considerati nella loro azione reciproca e intesi nella loro individualità”;
2. sulla costruzione di un sistema di governance che valorizzi l'insieme dei soggetti pubblici e privati per promuovere scelte condivise e sostenibili.

Nel Piano Territoriale di Coordinamento provinciale (PTCP) sono contenute molte azioni e progetti relativi alle politiche che più di altre influenzano il benessere e la salute della popolazione.

Qui riportiamo alcune considerazioni per ognuna di queste rinviano all'Allegato n. 3 “Integrazione delle Politiche” dove sono elencate le azioni e i progetti più significativi per ognuna delle politiche sotto elencate.

Nell'Allegato 1 al presente Atto, inoltre, riportiamo in “box” specifici il richiamo alle diverse politiche e schede annesse per una più immediata comprensione delle connessioni individuate.

#### **A. RISCHIO AMBIENTALE E USO RAZIONALE E SOSTENIBILE DELLE RISORSE**

E' ormai diffusa la consapevolezza della necessità di un modello di sviluppo che non comprometta le risorse naturali non riproducibili, al fine di assicurare la vita agli uomini di oggi, alle generazioni future e agli altri esseri viventi. Il tema della sostenibilità dello sviluppo è diventato un tema veramente globale e urgente.

E' arrivato il momento di mettere in gioco anche le capacità amministrative e la determinazione della società locale al fine di adottare stili di vita e comportamenti responsabili e investire in tecnologie e soluzioni innovative e compatibili; questo significa "fare un bilancio delle risorse stesse, partendo dalla consapevolezza che non sono infinite, fare un bilancio preventivo che possibilmente contenga anche la previsione possibile della loro rinnovabilità. Studiando anche azioni per aumentare la rinnovabilità, la disponibilità di nuove risorse, cioè aumentare il capitale naturale territoriale".

## **B. QUALIFICAZIONE DELLA STRUTTURA ECONOMICA E PROMOZIONE DELL'ECONOMIA DELLA CONOSCENZA**

L' Economia della Conoscenza è da intendersi come punto di collegamento fra la produzione di merci, servizi e informazioni e la ricerca scientifica e l'innovazione tecnologica, l'istruzione superiore, la formazione professionale e il mercato del lavoro: i fattori chiave riconosciuti oggi per creare valore economico sono il capitale, il lavoro e la conoscenza.

Quando si parla di economia della conoscenza ci si riferisce a come si crea, si distribuisce e si utilizza nella consapevolezza che la sua produzione avviene nella società, nelle imprese e nel mondo della ricerca, si dispiega nelle esperienze innovative e nelle strutture organizzative, fungendo da stimolo all'adattamento verso nuovi livelli di competenze richieste; ed essa è supportata da un adeguato e diffuso sistema di istruzione e formazione.

## **C. MERCATO DEL LAVORO - FORMAZIONE AL LAVORO - FLUSSI DI IMMIGRAZIONE**

Il quadro demografico riferito alla popolazione italiana disegna un futuro nel quale le persone in età lavorativa, entranti nel mondo del lavoro, saranno numericamente inferiori alle forze lavoro uscenti per età; le attività economiche pertanto potranno sostenersi solo grazie alle forze lavoro provenienti in gran parte dall'estero, quindi i temi dell'accoglienza, dell'integrazione, della casa, dei servizi, della formazione, diverranno sempre più le priorità delle politiche pubbliche.

Diventa irrinunciabile attivare un sistema di politica attiva del lavoro che avvicini realmente le caratteristiche e le disponibilità dell'offerta di lavoro e i requisiti della domanda, e che operi con forza un'attività di informazione e orientamento alle aziende per allargare le rappresentazioni sociali dei privati, aiutarli a superare luoghi comuni, proporre soluzioni alternative e indurli a sperimentarle: "...i bisogni sociali possono essere la base per uno sviluppo di idee, di tecnologie e di investimenti di lungo periodo. Le politiche sociali hanno una grande potenzialità di mercato e di lavoro."

Inoltre, per intervenire concretamente sul tema "della lotta all'esclusione sociale e lavorativa delle fasce deboli" è necessario coinvolgere i sistemi imprenditoriali e politico-economici del territorio al fine di condividere un "progetto lavoro e coesione sociale" che li veda protagonisti in termini di partecipazione operativa, accompagnamento, ricaduta e sostenibilità secondo logiche di integrazione a rete.

## **D. ISTRUZIONE E FORMAZIONE**

La contraddizione fra la domanda espressa dal sistema economico di posti di lavoro a medio-basso contenuto professionale e l'offerta di lavoro sempre più terziario, è lo specchio della ormai irrinunciabile necessità di passare dalla quantità alla qualità di cosa si produce.

La densità occupazionale e un ambiente che soffre di un eccessivo carico quantitativo, met-

tono in crisi il vecchio modello di produzione: “...solo l’innovazione, l’investimento in intelligenza e qualità, in immaterialità, in risorse umane, possono creare nuovi spazi per altre attività a più alto valore aggiunto, che richiedono occupazione ad elevata professionalità, a minore impatto, sostenibili nel lungo periodo”.

La qualità dello sviluppo è la sfida, e mantenere su standard accettabili il sistema istruzione è l’impegno: formazione professionale permanente e forte istruzione e cultura di base per i giovani sono una buona ricetta per traslare e accompagnare il territorio verso la creazione di una società multietnica ma al tempo stesso coesa e solidale, aperta all’incontro con il nuovo e con il diverso, sia esso un processo produttivo o di apprendimento, sia esso una persona fisica o un particolare contesto.

La conoscenza è il motore di crescita degli individui e delle organizzazioni, delle imprese e dei territori e ciò può divenire attraverso politiche scolastiche e formative che consentano a tutti i giovani di raggiungere alti livelli di istruzione e formazione, e garantendo a tutti il diritto di apprendere lungo l’intero arco della vita.

#### **E. OFFERTA CULTURALE E SPORTIVA**

Nelle società moderne la cultura è un bene in sé, un fattore divenuto essenziale di qualità di vita e di promozione sociale, ma rappresenta anche uno straordinario fattore di sviluppo dell’economia, un settore che produce occupazione qualificata soprattutto per le giovani generazioni ad elevata scolarità.

La pratica sportiva regolare è riconosciuta diffusamente come precetto per preservare la salute e il benessere psico-fisico, e la sua promozione deve restare fra le priorità locali, per assicurare l’accesso anche alle fasce di popolazione più svantaggiate.

#### **F. POLITICHE PER LA CASA E SVILUPPO URBANO**

Il principale obiettivo ormai riconosciuto è la riduzione della vulnerabilità del sistema sociale e del sistema ambientale a partire dalla capacità di individuare e valutare le interrelazioni tra i sistemi, cercando di intercettare al meglio le relazioni che li legano, raccordando e integrando la pianificazione ambientale con le scelte di pianificazione e gestione urbanistica, con progetti di crescita sociale ed economica. Un tema da presidiare è la ricerca di un vincolo di coerenza fra le politiche insediative e le politiche relative alla distribuzione dei servizi di base (in particolare servizi pubblici), valutando con concretezza gli effetti di ogni scelta insediativa.

E’ ormai irrinunciabile mettere a punto una gamma di soluzioni abitative che possano rappresentare una prima soluzione residenziale adatta alle diverse tipologie di bisogno (lavoratori, famiglie monogenitoriali, famiglie numerose, ...), cercando il coinvolgimento delle Amministrazioni locali, degli organismi pubblici deputati ed anche delle imprese sensibili in tal senso. La logica e la pratica della rete, ancor più su questi temi, si presta a rappresentare la giusta alleanza fra diversi soggetti finalizzata alla migliore risposta possibile.

#### **G. MOBILITA’**

Mobilità è concetto afferibile al valore posizionale di un territorio in quanto le sue “...dinamiche di crescita economica sono in gran parte legate ad una accorta integrazione fra reti locali e reti nazionali”...; d’altra parte, affinché gli interventi realizzati non diventino causa di fenomeni di polarizzazione che compromettano un processo di sviluppo diffuso, è

ancor più necessario agire sull'integrazione funzionale fra reti principali e reti locali, con riguardo alla qualità delle reti locali in quanto sistemi di trasporto / mobilità delle persone.

L'attenzione posta allo sviluppo del massimo potenziale di intreccio fra relazioni terrestri e relazioni marittime, al collegamento con le direttrici nord-sud europee (Corridoio Adriatico) nonché nord-sud Italia, la programmazione di investimento sulle linee ferroviarie, il collegamento idroviario, le infrastrutture stradali, rappresentano un impegno ed uno sforzo crescente di pianificare, programmare e progettare in una logica fortemente integrata secondo logiche di sviluppo sostenibile.

Rispondere alla domanda di trasporto con un sistema di offerta ambientalmente sostenibile significa orientarsi a difendere obiettivi di compatibilità ambientale, di sicurezza per la vita umana e di riequilibrio territoriale, ma significa anche l'assunzione di un impegno a sostenere programmi per garantire il rispetto del Codice della Strada e interventi di messa in sicurezza delle strade urbane ed extra urbane.

La Provincia, inoltre, predispone altri Piani integrati con la pianificazione locale distrettuale/zonale nell'area sociale e sociosanitaria che in buona parte sono stati riportati negli indirizzi di massima nel presente documento:

1. Piano territoriale provinciale per azioni di integrazione sociale a favore di cittadini stranieri immigrati;
2. Programmi provinciali per la promozione di politiche di accoglienza e tutela dell'infanzia e dell'adolescenza:
  - a. Politiche di tutela e contrasto delle forme di violenza e disagio grave a danno dei bambini e degli adolescenti;
  - b. Affidamenti familiari e in comunità;
  - c. Adozione nazionale ed internazionale.

## 2.2 Nuovi e vecchi bisogni di benessere e salute

Come vedremo meglio più oltre nel capitolo relativo al "Profilo di Comunità", ci troviamo in una situazione mutata che ha accentuato i problemi e reso più incerte le risposte.

### **Aumenta l'impovertimento delle famiglie e le famiglie a rischio di impoverimento.**

Accanto ai "poveri storici" (senza dimora, ex carcerati, gravi emarginazioni,...) si affacciano "nuovi poveri", una zona grigia tra integrazione ed esclusione dove troviamo famiglie monoreddito e monogenitoriali con figli, senza reti parentali, adulti in difficoltà (giovani precari, adulti senza reti solidali...). Si presentano bisogni tradizionali ed emergenti: integrazione reddito, alloggio, svantaggio nell'ambiente lavorativo (perdita e ricerca lavoro di fasce deboli e vulnerabili), sofferenze personali e sociali.

### **Aumenta il numero di cittadini immigrati nel nostro territorio.**

Crescono gli stranieri di lunga permanenza, ma crescono parallelamente i nuovi arrivi con proprie aspettative e bisogni e con alti carichi assistenziali: donne sole con figli, minori stranieri non accompagnati, i richiedenti asilo, le persone in situazioni di povertà estrema,

ex detenuti che necessitano di reinserimento sociale, donne vittime della tratta. Crescono anche gli spostamenti interni di popolazione attirati dalle condizioni favorevoli del mercato del lavoro e dalla qualità dei servizi pubblici; tra questi, una parte è costituita sempre da stranieri, molto più mobili sul territorio nazionale. Le famiglie immigrate, sempre più radicate nel territorio ma ancora dipendenti dal sistema di protezione sociale presentano profili di salute e di accesso ai servizi sanitari segnati da disuguaglianze e sono inseriti in contesti comunitari dove sono presenti in certa misura sentimenti di paura e diffidenza (gli stranieri sono visti come destinatari di risorse e aiuti sociali e, allo stesso tempo, come portatori di insicurezza) che non facilitano le politiche e le azioni prosociali di istituzioni e soggetti sociali e rinforzano i comportamenti di alcuni stranieri di rimanere chiusi nelle proprie comunità.

**La condizione dei giovani e adolescenti;** non è dissimile da quella di altre realtà emiliano romagnole, anche se con segnali di disagio sociale e psicologico per alcuni aspetti al di sotto delle realtà ad alta urbanizzazione. Una parte di loro sono isolati, poco coinvolti nella vita di comunità, altri sono vittime di forme di disagio (isolamento, abbandono di interessi sociali, abbandono scolastico, conflittualità familiare, marginalità sociale e devianza...) e di comportamenti a rischio per la propria salute (abuso di fumo, alcool, rapporti sessuali non protetti). Forme di aggressività (bullismo, altre forme di violenza), abuso di sostanze psicotrope, disturbi psicologici (depressione, disturbi d'ansia, di personalità e di adattamento, marcata antisocialità, comportamenti autolesionistici) sono presenti e trattate dai servizi anche se il "sommerso", il bisogno non conosciuto o non intercettato dai servizi, è stimato ancora come consistente, oltre che di difficile rappresentazione.

I segnali di disagio riscontrati in provincia di Ravenna orientano al consolidamento e allo sviluppo di interventi di sostegno e di accompagnamento dei ragazzi, dei giovani e, insieme, delle loro famiglie, spesso in difficoltà nella crescita dei loro figli in questa fase delicata della vita. Le stesse problematiche sanitarie devono essere meglio trattate specie in presenza di situazioni solo parzialmente conosciute come i problemi della sfera sessuale per i giovani maschi (ad es: patologie con influenza sulla fertilità).

**Aumenta la popolazione anziana e in particolare il numero di anziani soli e non autosufficienti e si intensifica il bisogno assistenziale delle persone con malattie croniche.**

Siamo di fronte ad una evidente transizione epidemiologica dove i problemi di salute della popolazione sono cambiati accentuando gli aspetti di sofferenza e bisogno assistenziale nell'area della fragilità, cronicità e della non autosufficienza: persone con malattie croniche e co-morbilità sono oggi il vero target del sistema territoriale delle cure e dell'assistenza primaria, e delle cure long-term al domicilio e nelle strutture sociosanitarie.

Per tutto quanto detto, **umentano e si diversificano i bisogni di assistenza all'interno delle famiglie** e si accorcia la "catena familiare" che garantiva appoggio e sostegno. Tendono cioè a ridursi le capacità delle stesse famiglie di soddisfare autonomamente questi bisogni e aumentano di conseguenza le necessità di interventi di sostegno ai compiti di cura e il ricorso da parte delle stesse a modalità di assistenza privata.

Sono, infine, ancora presenti "emergenze" legate alle condizioni di **sicurezza negli ambienti di vita e lavoro** sia sotto il profilo di salute (incidentalità domestica, stradale, negli ambienti

di lavoro) che di sicurezza urbana (criminalità associata ad allarme sociale, senso di insicurezza e fattori che indeboliscono i riferimenti identitari della comunità) che impongono scelte e impegni costanti e ben finalizzati.

Vi sono poi alcuni rischi, segnalati da diversi testimoni significativi e dai cittadini intervistati nell'indagine di opinione e percezione, che riguardano:

- la perdita dei valori tipici della cultura locale: solidarietà, operosità ed etica del lavoro, responsabilità e partecipazione della collettività;
- l'affermazione dell'individualismo, della ricerca del profitto e del benessere individuale, la chiusura e la diffidenza verso l'altro, il disinteresse per la partecipazione e la co-gestione della cosa pubblica;
- l'adagiarsi sui livelli di benessere raggiunti che porta a non avere le giuste attenzioni alle dinamiche attuali e, conseguentemente, a non mettere in atto risposte adeguate ed innovative (sia in termini di servizi che di riflessione critica) alle sfide che il presente pone.

## 2.3 Le criticità nei servizi

Sul fronte dei servizi si può sostenere che siamo in presenza di criticità afferibili sostanzialmente a:

- l'impreparazione nell'affrontare bisogni nuovi e nell'approntare modelli nuovi di azione capaci di fronteggiarli, associata a scarsità di risorse professionali e di progettualità che spesso porta i servizi a riprodurre tipologie e strutture consuete e a muoversi con logiche di "piccolo cabotaggio" o di cronica emergenza;
- la difficoltà di rompere lo schema "bisogni-risposte" che ha portato a sviluppare crescenti aspettative, mai sufficientemente soddisfatte, sia negli utenti che negli operatori; la difficoltà è quella di non saper far leva sufficientemente sulle capacità e sulle risorse piuttosto che solo sui bisogni dei singoli, dei nuclei familiari, dei gruppi e della comunità; il cambiamento richiesto è quello di agire sui processi stessi di apprendimento che nel tempo si sedimentano come patrimonio della comunità e dei singoli individui;
- i sistemi di accesso e presa in carico non sono sufficientemente supportati da modelli, metodi e strumenti capaci di garantire il cittadino nelle sue esigenze di ascolto e sostegno; di accompagnarlo lungo i suoi percorsi assistenziali definendo le responsabilità cliniche, assistenziali e gestionali tra i professionisti delle varie organizzazioni coinvolte (sociale, sanitario, educativo, ospedale, territorio...); di "arrivare prima" che episodi di malattia o malessere sociale possano comprometterne la condizione di benessere e salute o le condizioni di fragilità ("offerta attiva");
- la modesta qualità di alcuni segmenti di offerta (soprattutto nell'area dei servizi long term) sotto il profilo del comfort, della umanizzazione e della personalizzazione dell'assistenza e della cura.

Più in generale il sistema soffre anche di:

- una frammentazione del processo decisionale e della tempistica fra i diversi livelli di governo; la sovrapposizione organizzativa fra funzioni di regolazione e committenza e

responsabilità gestionali che pone ostacoli allo sviluppo, ai processi di cambiamento e all'innovazione;

- la frammentazione della struttura dell'offerta e dei centri di spesa che pone problemi di integrazione, di rendicontazione sociale e di creazione di centri di coordinamento a tutti i livelli del sistema che penalizzano l'efficienza dei processi di pianificazione, di controllo e di regolazione.

## 2.4 Le strategie prioritarie per il welfare di comunità a Ravenna

In questo contesto, riconoscendo al territorio il valore di “prima risorsa”, non solo luogo fisico dove distribuire servizi, ma risorsa capace appunto di garantire sinergie tra nuovi attori, migliorare la protezione sociale e dare qualità ed efficacia alle politiche socioeducative e sanitarie, dobbiamo saper dare vita a un nuovo concetto di *welfare community*, dove il primo obiettivo strategico è quello di mantenere viva e forte la coesione sociale continuando ad investire sul capitale sociale di cui disponiamo per migliorare la qualità sociale e per promuovere il benessere e la qualità della vita dei nostri cittadini, a partire dalla protezione dei più soli e dei più deboli. La ripresa di uno spirito comunitario è essenziale “per favorire la coesione sociale, come la coesione sociale è anche la base per favorire relazioni sociali e produttive più intense”<sup>3</sup>, aumentare l'attrattività di un territorio e rafforzare la sua identità sociale, economica e culturale.

Dobbiamo saper assumere impegni che scaturiscono dal confronto, dalla condivisione, dalla co-progettazione e dalla comune assunzione di responsabilità di tutta la platea di soggetti economici, sociali, del terzo settore, ricercando forme nuove anche di promozione della partecipazione di cittadini e famiglie, di tutta quella parte attiva che contribuisce a mantenere alti i livelli di salute e benessere per se stessi e per il resto della comunità.

Le politiche dovranno allora essere indirizzate su tutte le componenti: attive e solidali, per rafforzare il “capitale sociale”; deboli e fragili, per contrastare la vulnerabilità sociale e sanitaria delle persone e delle famiglie più a rischio e per “prendersi cura” di quelle colpite da malattie, disabilità e disuguaglianze sociali e di salute.

### 2.4.1 Integrare le politiche

Dobbiamo, come primo “imperativo”, agire sulle politiche, integrandole fin dai processi di programmazione e investendo sul coordinamento di quelle che più direttamente incidono sul benessere e sulla salute: la politica della casa, dell'educazione scolastica e pre-scolastica, del lavoro e della formazione, le politiche a contrasto delle povertà, l'assetto complessivo del territorio (mobilità, vivibilità, sicurezza, opportunità di socializzazione), della cultura.

Un obiettivo strategico è quello di cercare un equilibrio tra sviluppo, innovazione e sostenibilità nelle attività produttive, nella urbanizzazione, nella mobilità, nelle politiche che favoriscono la coesione sociale per la loro sostenibilità complessiva relativamente alle condizioni di benessere e di salute della popolazione, in particolare in funzione delle loro condizioni di sicurezza (reale e percepita), in tutti i luoghi di vita.

Per farlo occorre ripensare al “senso” complessivo di ogni scelta politica e del suo impatto sull'identità di un territorio, sulla salute e sul benessere dei cittadini.

Questa prospettiva si ricollega alla visione dei TSR (Territori Socialmente Responsabili) che

<sup>3</sup> Vedi nota precedente.

partendo dal concetto di responsabilità sociale delle imprese (RSI) si possono definire come “l’integrazione volontaria da parte delle autorità locali di preoccupazione sociali ed ambientali (al di là del minimo legale) nelle proprie attività di gestione del territorio e nelle proprie relazioni con i diversi portatori di interessi locali”.

Il processo dei TSR è ispirato dalle preoccupazioni espresse dalla società civile e da tutti i portatori di interessi locali. L’approccio del TSR, è ancorato a una logica di democrazia partecipativa e di dialogo costantemente aperto col territorio, permette di creare nuovi legami e di mettere le istituzioni locali nella posizione di occupare pienamente il loro ruolo, permettendogli di integrare la loro funzione di servizio.

La responsabilità sociale dei territori contribuisce al moltiplicarsi delle reti di parternariato, ma anche alla costruzione di una politica territoriale d’incoraggiamento e di promozione della responsabilità sociale di tutti i portatori di interessi.

#### 2.4.2 Lavorare in rete e rafforzare i legami

Dobbiamo ampliare i soggetti impegnati sul terreno delle risposte ai bisogni sociali e garantire più risorse.

In questo senso, dobbiamo saper lavorare in rete, rafforzando tutti i soggetti che possono contribuire all’arricchimento del sistema. Per un’economia sociale più ricca, innovativa e competitiva, occorrono politiche in grado di promuovere e rafforzare nuovi soggetti in grado di integrare la rete dei servizi e delle opportunità disponibili sul mercato. I bisogni sociali possono essere la base per uno sviluppo di idee, di tecnologie e di investimenti di lungo periodo. Le politiche sociali hanno una grande potenzialità di mercato e di lavoro. A questo proposito la cooperazione sociale è un attore fondamentale che ha svolto un grande ruolo nella gestione dei servizi sociali e nella creazione di occupazione, soprattutto femminile, che oggi ha di fronte la sfida di misurarsi con il potenziale mercato complessivo e non solo con la committenza pubblica attraverso il rafforzamento della propria qualità progettuale, imprenditoriale ed il legame con i bisogni e le domande del territorio, al quale offrire risposte innovative ed autonome.

Quando è correttamente interpretata, la cooperazione è portatrice nel proprio “patrimonio genetico” dei concetti di fiducia, collaborazione, reti sociali, associazionismo, partecipazione che contribuiscono a irrobustire il tessuto sociale: la presenza di cooperative, come anche di altre strutture a carattere associativo, contribuisce ad innescare abitudini partecipative e democratiche, che attivano la solidarietà, l’impegno civico tra i cittadini e l’assunzione di responsabilità collettive.

In questo senso la responsabilità sociale dell’impresa cooperativa oltre che a puntare alla valorizzazione della reputazione aziendale, alla sua affidabilità, alla sua stabilità nel mercato e si pone in stretta correlazione con la propria comunità d’appartenenza al fine di sviluppare un’attività imprenditoriale competitiva nel rispetto di un determinato quadro di valori all’interno di un territorio.

Così pure, si dovrà rafforzare i legami con il volontariato e sviluppare tutte le forme di aiuto e sostegno autonomamente impiegate dalle singole persone, dalle famiglie e dai gruppi sociali volte a determinare una migliore qualità della vita e quindi un maggiore benessere sia di chi aiuta che di chi riceve aiuto (es: anziani in salute e attivi che aiutano anziani più fragili). Il sostegno delle reti di cura informali e dell’autocura dovrà essere volto a promuovere l’autorganizzazione e l’autodeterminazione dei soggetti sociali (famiglie e altre reti informali di aiuto e cura) nell’esercizio delle proprie prerogative ed esigenze di cura e assistenza

e, aspetto non secondario, a garantire la sostenibilità del sistema di *welfare*.

Occorrerà una vera alleanza tra EE.LL., Istituzioni Scolastiche ed agenzie educative per la prima infanzia per sostenere, fin dal primo ciclo di vita dei bambini, le famiglie nei loro compiti di cura rendendo flessibili e personalizzati i servizi, aumentandone le tipologie di offerta e la platea dei fruitori. Con la Scuola si dovrà agire in sinergia per affrontare i problemi di crescita e maturazione delle giovani generazioni, per sostenerne il protagonismo e la partecipazione, educandoli alla tolleranza e al rispetto dell'altro e delle regole di convivenza, oltre che alla tutela della propria e altrui salute.

Più in generale, dobbiamo saper mantenere alta la qualità dei servizi e continuare ad investire risorse su di essi, potenziandone alcuni (es: sostegno alla domiciliarità, in tutte le sue forme; punti di accesso al sistema delle cure e dell'assistenza), ricercando soluzioni innovative e sperimentazioni sul fronte assistenziale (es: integrazione in rete del diffuso lavoro privato di assistenza) e in relazione all'uso delle nuove tecnologie per la comunicazione (e-care, demotica, sistemi informativi cooperanti...). La qualità andrà sviluppata in tutte le aree a cura di tutti i soggetti pubblici e privati, promuovendo percorsi di miglioramento continuo, di accreditamento e certificazione, prevedendo azioni di ascolto delle persone raggiunte dai nostri servizi attraverso indagini di qualità percepita, di soddisfazione e di "qualità della vita".

### 2.4.3 Passare dal servizio al progetto per la persona

In particolare dobbiamo saper spostare l'asse strategico dall'"assistenza" (sociale) e dal modello prestazionale (sanità) al "progetto individualizzato di vita e di cura".

Ciò richiede che si orienti gli interventi sociali e sociosanitari prioritariamente sui bisogni delle persone e delle loro famiglie e non si discrimini il loro accesso ai servizi sulla base delle condizioni economiche (ancorché queste debbano essere di riferimento per una equa offerta di servizi socio-assistenziali); così pure che si rafforzi l'integrazione organizzativa e professionale tra sistema sociale, educativo e sanitario, vere chiavi di volta dell'efficacia degli interventi socio-sanitari e della soddisfazione degli utenti.

Si deve recuperare il senso del lavoro in équipe lungo tutto il percorso di cura e assistenza, dove la persona-utente deve avere il diritto di aspettarsi interventi unitari, personalizzati, collegati l'uno all'altro - soprattutto quando in queste "traiettorie" i luoghi di cura sono molto diversi (ospedale, domicilio, residenze) - e deve poter essere considerato attore partecipe del percorso stesso, rispettato nelle sue prerogative, cultura e valori.

Per realizzare ciò dobbiamo investire sul sistema di accesso e presa in carico per creare quelle condizioni che garantiscono il superamento del lavoro "in emergenza" e la possibilità di gestire la presa in carico secondo i principi della continuità e co-responsabilità lungo tutto il percorso di cura e assistenza. Dobbiamo cioè saper accompagnare le persone nei processi assistenziali, attivando un sistema di accesso con precise "garanzie" per gli utenti (accessibilità, comfort, rispetto privacy, consenso informato, ascolto professionale, restituzione informazioni) e un sistema di presa in carico responsabile, capace di garantire la continuità delle cure tra livelli assistenziali (ospedale e territorio, sociale e sanitario): il modello del case e disease management può garantire questo obiettivo perché ormai comune ai sistemi sociale e sanitario e utilizzabile da tutte le professionalità in gioco, siano esse mediche, infermieristiche, sociali, educative. E' anche una occasione di rilegittimazione dell'intero sistema dei servizi e degli stessi operatori che gli danno vita.

Ci deve guidare la visione per la quale le politiche sociali non si basano più su azioni e inter-

venti a carattere risarcitorio e riparatorio ma sono politiche che a pieno titolo sono assunte, al pari di altre, come fattore produttivo di crescita e di sviluppo e che come tali devono prevedere di essere innovate alla luce delle trasformazioni che investono la nostra società.

#### 2.4.4 Dai servizi “di attesa” all’ “offerta attiva”

La garanzia di una presa in carico continuativa e responsabile deve essere accompagnata anche da un’offerta di servizi ai cittadini in forme pro-attive e da offerta di servizi di prossimità. Sono presenti progetti ed esperienze di “medicina di iniziativa” che interessano i medici di famiglia e l’area assistenziale e infermieristica in particolare nella gestione delle malattie croniche; offerte attive di prestazioni di diagnosi e cura quali gli screening di massa rivolti a popolazioni più a rischio; promozione sociale di iniziative di contrasto di comportamenti a rischio o di riduzione del danno rivolti a target specifici di popolazione quali gli adolescenti, i giovani, i tossicodipendenti, gli immigrati ed altri, iniziative di mediazione culturale e di mediazione sociale e dei conflitti orientati allo sviluppo di comunità.

Si tratta di progetti che si orientano su logiche inclusive e proattive, anticipatorie rispetto ai bisogni conclamati di malattia e disagio sociale (si pensi per esempio all’ individuazione precoce del rischio relazionale e sostegno alla genitorialità per le famiglie a rischio, al monitoraggio della fragilità sanitaria e sociale, ecc.) o a sostegno continuativo di questi. Con questi interventi si cerca di rendere autonome le persone e gli utenti nella gestione della propria condizione sociale o salute attivando le loro risorse e le capacità nel fronteggiare le difficoltà e le crisi (il disagio sociale, ma anche le malattie) restituendo loro il potere di autodeterminarsi (*empowerment*).

In un qualche modo si tratta di “lavorare per sparire” in quanto servizi considerando come obiettivo ultimo proprio la raggiunta autonomia delle persone nell’attivarsi verso i propri compiti di cura e di assistenza e lo sviluppo di competenze e sensibilità in una comunità che sa “prendersi cura” di se stessa.

Anche questo “nuovo modo di lavorare” rappresenta una nuova sfida per il sistema di presa in carico di singole persone ma soprattutto di target specifici di popolazione (giovani, donne, persone con fragilità sociale e sanitaria, persone con malattie croniche) che tende a superare la logica dei “servizi d’attesa” (propri del sistema sanitario come del sistema sociale) per orientarsi con decisione verso la presa in carico attiva, consapevole e responsabile, che tutti i professionisti e le loro organizzazioni di appartenenza devono saper esprimere e garantire nel prossimo, immediato, futuro.

#### 2.4.5 Aiutare chi aiuta: la famiglia al centro delle politiche

Dobbiamo investire sulla famiglia e leggere le persone nel loro contesto di vita e di cura.

La famiglia è considerata sempre di più un vero “capitale sociale” capace di soddisfare le diverse esigenze dei propri membri, ma è anche gravata a volte da pesanti carichi assistenziali. E’ il luogo e il contesto sociale dove (e attraverso il quale) i membri preferiscono trovare aiuto e assistenza, dove si realizza l’investimento relazionale, lo scambio di affettività e, anche, dove si integrano gli interventi sociali e sanitari di tipo tutelare e specialistico con quelli informali di sostegno, di accudimento e di rinforzo terapeutico. L’insieme di queste azioni definisce l’ambito del cosiddetto “lavoro di cura” dove la famiglia è vera e prima “risorsa” per i suoi membri e per lo steso sistema formale di cura e assistenza.

Prendere in carico le persone in condizione di disagio e/o di malattia significa interessare

anche la famiglia che aiuta in quanto “contesto di cura” e in quanto “risorsa” con la quale lavorare insieme in un percorso terapeutico, riabilitativo e di re-inserimento sociale dei propri membri.

“Aiutare chi aiuta” non è solo una opzione strategica, dunque, volta alla sostenibilità del sistema e alla aderenza ai bisogni e attese delle persone, ma anche una opzione tecnico-professionale che considera il contesto di cura e di vita come prioritario ed essenziale per ogni intervento socio-sanitario appropriato ed efficace.

In questo senso anche le persone anziane ancora attive e in salute possono concorrere in diverse forme di aiuto verso pari più fragili o verso popolazioni più deboli. Promuoverne l’attivismo e la partecipazione ai processi di solidarietà e altruismo, oltre che alla vita sociale più ampia, dovrà essere un costante impegno delle Istituzioni.

Per aiutare chi aiuta non si può non partire dalla consapevolezza che oggi il lavoro domestico e di cura della famiglia, di assistenza ai figli e ai genitori quando invecchiano, grava soprattutto sulle spalle delle donne. Questo lavoro di cura si aggiunge al lavoro extra domestico delle donne, del quale possiamo vantare tassi di eccellenza europea. Occorre promuovere una maggiore redistribuzione tra i generi del carico familiare e politiche di conciliazione che coinvolgano anche i datori di lavoro.

#### 2.4.6 Equità e contrasto delle disuguaglianze

Dobbiamo saper garantire omogeneità di trattamento e di offerta ed equità distributiva.

Il territorio presenta ancora diversità nell’utilizzo dei servizi e nel sistema di offerta, soprattutto nell’area sanitaria e sociosanitaria, che devono trovare una composizione nel corso del triennio cercando, da una parte, di ridurre i consumi impropri, anche in ragione del principio di appropriatezza nell’erogazione di interventi e servizi (si pensi al consumo farmaceutico che, quando è in eccesso, crea problemi non solo di spreco di risorse, ma produce effetti nocivi sulla stessa salute); dall’altra, di riequilibrare le condizioni di offerta tra i tre distretti garantendo a tutti i cittadini pari opportunità e condizioni di accesso e fruizione dei servizi sia ospedalieri che territoriali. A questo proposito il nuovo PAL triennale dovrà esplicitare le condizioni di questo riequilibrio per assumere le opportune decisioni in merito.

L’equità distributiva deve interessare, poi, tutte le popolazioni con svantaggio sociale e culturale che sono portatrici di disuguaglianze nelle condizioni di salute e nell’accesso ai servizi. Queste popolazioni (immigrati, ma anche anziani, persone con malattie mentali, dipendenze patologiche, poveri...) sono più “vulnerabili”, meno attrezzati a fronteggiare eventuali problemi di salute e inevitabilmente più esposti alla domanda di servizi sanitari impropri. La condizione di deprivazione sociale, economica e culturale è in stretta correlazione con lo stato di salute degli individui che, quando svantaggiati sul piano socio-economico, presentano un profilo di salute peggiore rispetto a chi è in posizione di vantaggio. La salute è, dunque, strettamente connessa con i sistemi di accoglienza e i processi di inclusione sociale.

Infatti, i meccanismi generatori di disuguaglianze sono riconducibili anche alle stesse organizzazioni che gestiscono non equamente i percorsi di accesso e di cura.

E’ su quest’ultimo versante che il sistema dei servizi sociale e sanitario deve intervenire, per contrastare concretamente i meccanismi generatori di disuguaglianza che si verificano al proprio interno affrontando i temi della semplificazione delle informazioni per l’accesso, della formazione capillare alla interculturalità rivolta a tutti i professionisti più direttamente coinvolti, della mediazione culturale laddove necessaria.

### 2.4.7 Investire sulla “cultura della sicurezza”

Dobbiamo affrontare con interventi continuativi e diffusi in tutti gli ambiti, ben coordinati e guidati da una regia curata dalle Istituzioni pubbliche, il problema della sicurezza e della salute negli ambienti di vita e lavoro, incluso il senso di insicurezza e allarme sociale che la comunità manifesta rispetto ai fenomeni di criminalità e di degrado urbano, laddove presenti.

Diffondere “cultura della sicurezza” significa prima di tutto investire sulla responsabilizzazione di tutti gli attori: datori di lavoro, associazioni di categoria, istituzioni e servizi, singoli cittadini e loro rappresentanze, mass media. Non sono più efficaci i soli interventi di controllo e/o repressione, in tutte le forme di sicurezza qui intese, in quanto costose per il sistema e, insieme, mai sufficienti. E’ dimostrato invece che i comportamenti delle persone, le loro scelte, la loro sensibilità e motivazione nei diversi ruoli agiti (produttori, consumatori, amministratori...) possono fare la differenza se integrate a politiche di controllo, autocontrollo e valutazione delle capacità di autocontrollo.

Sulla percezione di insicurezza e sul rischio di indebolimento del “capitale sociale” serve anche un coordinamento sui temi della sicurezza dove le Amministrazioni Locali devono esprimere loro prerogative, proposte e partecipazione ad azioni orientate alla promozione del rispetto delle norme e delle regole, coinvolgendo tutta la “comunità educante” in funzione prosociale (vs comunità rassegnate o indifferenti a quanto succede “attorno” ad esse).

### 2.4.8 Comunicare con la comunità e rendersi “contestabili”

Dobbiamo, infine, saper sviluppare comunicazione tra organizzazioni diverse e tra organizzazioni e comunità per garantire trasparenza, visibilità e riconoscibilità.

Equità, pari opportunità e omogeneità di trattamento si giocano anche sulla capacità di strutturare sistemi informativi e valutativi integrati e cooperanti che permettano la lettura e “contestabilità” di quanto si vuole realizzare e di quanto prodotto in termini di risultato. Un sistema informativo integrato deve essere in grado di rispondere sia alle esigenze di comunicazione verso la comunità (disponibilità di servizi, orientamento, facilitazione accesso, ecc.) e per la comunità (rendicontazione sociale attraverso “Bilanci Sociali o di Missione”), gestionali (propri del sistema dei servizi) che a quelle di governo (proprie dei Comitati di Distretto, Uffici di Piano, Direzioni Distretto, Direzioni Generali, Assessorati...).

Un sistema informativo integrato è un fattore critico di successo per tutte le organizzazioni che sono implicate nella sfida rappresentata dalla concreta realizzazione dell’integrazione delle politiche, in particolare di quella tra i sistemi sociale, educativo e socio-sanitario.

Comunicazione significa anche agire per offrire informazioni alle comunità in grado di sensibilizzarle verso i problemi di salute e benessere, sviluppare cultura della collaborazione fra enti e istituzioni, promuovere la partecipazione dei cittadini e il loro empowerment verso la salute e il benessere propri e altrui: i cittadini diventano protagonisti, competenti e responsabili.





Parte seconda

*Il profilo  
di comunità  
di Ravenna*

## 1 Una comunità in salute e coesa

Abbiamo riportato in un documento a sé stante le informazioni e i commenti sul “profilo” della nostra comunità. Allegato ad esso abbiamo anche pensato ad un apparato di tabelle e grafici commentati che potranno essere utili a quanti dovranno contribuire alla pianificazione in sede locale.

Qui ci riproponiamo di riportare, in estrema sintesi, alcuni dei caratteri e fili conduttori dell’analisi condotta e di approfondirne le aree più critiche, dalle quali abbiamo desunto anche le priorità per il nostro sistema.

Dall’analisi di queste criticità, infatti, abbiamo tracciato le strategie e obiettivi più cogenti per affrontarle adeguatamente.

Innanzitutto, ci troviamo di fronte una società coesa, con un forte senso di appartenenza dei suoi cittadini all’identità locale; un territorio con una buona diffusione e qualità dei servizi sociali, educativi, sanitari; un tessuto partecipativo forte; un “terzo settore” attivo; un “capitale sociale” che fonda le sue radici e il suo senso su partecipazione, senso civico, solidarietà e aiuto verso gli altri, rispetto delle regole, qualità ambientale e dei servizi ed infine, cittadini che pensano nella stragrande maggioranza di godere di una buona qualità della vita.

Si registrano, infatti, condizioni generali di salute buone, reali e percepite: tassi di mortalità e morbilità tra i più bassi della regione, speranza di vita tra le più alte, stato di salute percepito come buono dalla maggioranza dei cittadini e, non secondario, si registra un atteggiamento positivo e responsabile verso la propria salute (consapevolezza dell’incidenza dei determinanti della salute e degli stili di vita).

Sono diffusi anche i fattori di protezione: presenza attiva di pratiche di prevenzione e diagnosi precoci (che registrano anche soddisfacenti indici di adesione da parte della popolazione interessata), capacità di analisi dei fattori di rischio in fase precoce da parte dei servizi sanitari e socio-educativi nella prima infanzia, cultura della prevenzione e della sicurezza radicate nel sistema dei servizi.

Dal punto di vista delle condizioni socio-demografiche, economiche ed ambientali, si assiste sia a un deciso ringiovanimento della struttura per età della popolazione (“nuova primavera demografica”): aumento della popolazione attiva e crescente natalità, per effetto della aumentata presenza di stranieri, sia a un elevato tasso di vitalità socio-economica: buoni livelli di reddito, alto tasso di occupazione maschile e femminile (tra i più alti d’Italia), tra i più alti tassi di industrializzazione, sviluppo del terziario, presenza di aumentati spazi per l’imprenditoria privata che interessa sempre più la popolazione immigrata (crescita stimata anche per il futuro) e una capacità di affrontare le crisi che ha permesso, anche nel recente passato, di liberare energie imprenditoriali, qualificazione, innovazione di prodotto, diversificazione delle vocazioni economiche su tutto il territorio provinciale. Insomma, una economia solida e ben sviluppata.

La provincia di Ravenna segna, infatti, il più basso indice di deprivazione che la colloca nella posizione migliore rispetto alle altre province dell’Emilia Romagna e un alto indice di “ricchezza territoriale”.

Il territorio provinciale dispone di un sistema dei servizi sanitari efficienti e di qualità, sia a carattere pubblico sia privato, che globalmente presentano tutta la gamma delle specialità

mediche ed offrono le più moderne strutture ed apparecchiature diagnostiche e terapeutiche e una buona sostenibilità economica; un sistema scolastico-formativo con una elevata qualità delle risorse umane e una diffusa scolarizzazione; vasta è la gamma dei servizi legati all'istruzione, pubblica e privata, che l'intero territorio ravennate offre a tutti i livelli: asili nido, scuola primaria e secondaria, università. Situazione confermata anche dalla semplice "percezione" dei cittadini che giudica questi servizi di buona qualità e meritevoli di "fiducia"<sup>4</sup>.

Numerose sono le iniziative per il tempo libero e culturali, anche di prestigio internazionale; tutto il territorio della Provincia è ricco di beni artistici e culturali, di storia e di tradizioni.

Come pure, sul piano ambientale, il territorio dimostra una buona sostenibilità, con una valorizzazione territoriale ben avviata: negli ultimi decenni si è molto investito per raggiungere l'equilibrio registrato fra sviluppo di attività imprenditoriali e valorizzazione del patrimonio storico-culturale e ambientale. Infine, il sistema viario dei centri urbani (a più alto rischio di incidentalità) è soggetto a realizzazioni di circolazioni su percorsi differenziati e protetti e i sistemi alternativi o complementari al trasporto di persone e merci su gomma (in particolare il sistema ferroviario locale) sono in fase di avanzata progettazione e realizzazione.

## 1.1 Alcuni segnali di vulnerabilità

D'altra parte, dall'analisi emergono anche segnali di indebolimento del tessuto partecipativo e solidaristico, rischi di indebolimento del senso di appartenenza e dei valori "tipici" del territorio ravennate ed emiliano-romagnolo che intaccano quel "capitale sociale" che tanto incide nella percezione delle nostre condizioni di salute e benessere, nei comportamenti verso la prevenzione e la cura della nostra salute e benessere e che sostiene lo spirito di appartenenza di una comunità (soprattutto nei centri maggiori e tra i giovani) rendendo i cittadini più attivi e consapevoli e, dunque, più capaci di fronteggiare rischi, paure e preoccupazioni in vari ambiti del vivere comunitario.

La partecipazione e la fiducia complessiva nelle istituzioni di governo e nelle agenzie di rappresentanza sociale e politica segnano valori in abbassamento tendenziale; sono diffusi i sentimenti di paura e diffidenza (sicurezza, ordine pubblico e immigrati sono in cima alle preoccupazioni dei cittadini della provincia e, tra questi, i più giovani trovano elementi di incertezza nel fenomeno migratorio); s'impone l'atteggiamento di chiusura nei propri spazi di benessere individuale e l'indifferenza verso i problemi degli altri e l'interesse per la vita pubblica; la percezione di "essere distanti" o "esclusi" dalla vita comunitaria interessa una parte consistente della popolazione (specie giovanile); la sensazione che la gente "si fidi di meno", "abbia meno rispetto della cosa pubblica" e "rispetti meno le regole" oggi rispetto al recente passato è più diffusa tra la popolazione<sup>5</sup>.

Come abbiamo estesamente riportato nel profilo di Comunità, - dove abbiamo richiamato i grandi mutamenti afferibili alle "transizioni" epidemiologiche, sociali e demografiche - sono presenti dinamiche economiche e antropiche che rendono vulnerabile il sistema sociale e ambientale: si pensi all'aumento consistente dei flussi migratori e al progressivo processo d'invecchiamento con le sue conosciute conseguenze, allo sviluppo intenso dell'urbanizzazione e degli insediamenti produttivi, all'aumentata mobilità.

<sup>4</sup> Quanto riportato può essere letto in dettaglio nel profilo di Comunità nella parte relativa alla ricerca di percezione e soddisfazione realizzata in provincia di Ravenna nel 2008.

<sup>5</sup> Vedi nota precedente.

Sono, inoltre, presenti rischi ambientali per la presenza nel comparto industriale di stabilimenti e depositi ad alto “rischio di incidenti rilevanti” e ad alta “intensità energetica” (consumo di energia e emissioni di agenti inquinanti - CO<sub>2</sub>), così come si registrano alti rischi infortunistici e alte frequenze di infortunio e rapporti di gravità (morte e inabilità) superiori agli indici regionali e nazionali.

Diverse strade urbane ed extraurbane sono ad elevata incidentalità, mortalità e gravità (segnano indici superiori alle medie regionali); la qualità dell’aria, anche se segnatamente per alcune “zone” (porto, città di Ravenna), è critica per alcuni inquinanti, afferibili principalmente al sistema dei trasporti.

### **1.1.1 La vulnerabilità colpisce le famiglie e la popolazione più debole e fragile**

Sul piano sociale, abbiamo segnalato l’affermarsi di nuovi bisogni - accanto a quelli tradizionali: integrazione al reddito, abitazione, lavoro -per le famiglie a rischio di impoverimento e per le famiglie immigrate.

Ci preoccupano, in particolare, le disuguaglianze di salute registrate per la popolazione immigrata, femminile e con basse condizioni socioeconomiche e la diffusa condizione di fragilità sanitaria dovuta all’aumento e alla diffusione delle malattie croniche e alla co-morbilità (malattie cardiovascolari, tumori, diabete...) che colpiscono in particolare la popolazione anziana. Fragilità sanitarie si riscontrano anche a carico di persone con HIV (i nuovi casi interessano persone adulte contagiate attraverso rapporti sessuali) e AIDS (in particolare i casi dovuti a mancato accesso alla diagnosi e cura). Questi problemi sono particolarmente presenti nella provincia di Ravenna in quanto storicamente una delle più colpite dalla diffusione dell’HIV.

Abbiamo registrato, altresì il fenomeno, ormai presente da tempo, relativo alle condizioni di non autosufficienza di grandi anziani, disabili e persone con problemi di salute mentale che limitano le loro libertà di vita indipendente e aumentano il ricorso all’assistenza privata e pubblica (spesso sono ospiti di strutture residenziali a diversi livelli di protezione e tutela; in maniera più consistente sono in carico alle loro famiglie e, in specifico, a un care giver di riferimento gravato in genere da alti carichi assistenziali).

Significativamente presenti nella nostra realtà anche le malattie e gli esiti disabilitanti a seguito di incidenti in ambiente domestico (anziani), lavorativo (adulti, immigrati) e stradale (giovani).

Come pure devono essere considerati con attenzione, per poter sviluppare politiche adeguate, gli indici di “mortalità evitabile” (considerando i tumori, gli incidenti stradali, le malattie ischemiche) e gli “anni di vita persi” legati ad abitudini, comportamenti e stili di vita non salutari o a rischio.

### **1.1.2 Le risorse scarse e i servizi cristallizzati sulle qualità del passato**

Sul piano dell’offerta e dell’utilizzo dei servizi appaiono critiche anche la situazione di disuguale distribuzione dei servizi, di relativa frammentazione della struttura dell’offerta e delle relative risorse assorbite dai cittadini, in modo diverso, nei vari territori.

E’ critico anche il crescente ricorso inappropriato ai servizi sociali e sanitari e l’alto assorbimento delle risorse (si pensi al consumo problematico di farmaci, di prestazioni specialistiche e diagnostiche, ai servizi di pronto soccorso...).

Sembrano scarse, infine, le risorse dedicate al sistema di accesso e presa in carico per il sistema sociale e sociosanitario, a fronte delle necessità di sviluppare e innovare il sistema in questo specifico ambito ritenuto strategico per il governo dei servizi.

Questi servizi dovranno affrontare cambiamenti di pratiche e stili più orientati alla presa in carico continuativa, alla semplificazione dei processi assistenziali, alla personalizzazione degli interventi e alla umanizzazione, per garantire la piena esigibilità dei diritti soggettivi delle persone portatrici di bisogni sociali e sanitari e per rompere il guscio dell'”eccellenza cristallizzata” acquisita in questi ultimi decenni che sembra, appunto, frenare lo sviluppo e l'innovazione auspicati.

I nodi critici emersi portano ad individuare le “aree di intervento prioritarie” sulle quali tracciare gli indirizzi, anche con riferimento a singole popolazioni target e a politiche che più di altre incidono sulle condizioni di benessere e salute.

Abbiamo selezionato, per l'area specifica di azione delle politiche sociali, socio-educative e socio-sanitarie:

- a) la vulnerabilità delle famiglie;
- b) la fragilità, la cronicità e la non autosufficienza;
- c) la sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro;

quali aspetti da documentare, qui di seguito, in maniera più approfondita dal punto di vista delle criticità e degli indirizzi.

## 1.2 Vulnerabilità delle famiglie

In questi ultimi anni abbiamo assistito a delle profonde trasformazioni sociali che hanno inciso sul livello di protezione sociale e di autorganizzazione della famiglia, esponendo a gravi rischi di esclusione sociale i suoi singoli componenti e producendo all'interno del “soggetto famiglia” forte fragilità e disorientamento.

Intorno alla famiglia, infatti, si è andata strutturando una vera e propria costellazione di aree di fragilità e di disagio che rischiano, alla lunga, di comprometterne la vitalità e la carica esistenziale.

Anche nelle famiglie che presentano una relativa condizione di benessere siamo in presenza di una crescente incertezza data dal “non riuscire a mantenere per sé e le generazioni future il benessere e la sicurezza raggiunte, con la percezione diffusa che occorra difendere a denti stretti il portato di un'intera fase di crescita”<sup>6</sup>.

Nel “profilo di comunità” abbiamo visto a quali problemi ci riferiamo in particolare:

1. alla situazione di difficoltà della donna-madre dovuta agli alti carichi assistenziali e lavorativi legati alla maternità e al lavoro in famiglia e alla mancata flessibilità nelle politiche del lavoro e loro armonizzazione con i tempi di vita; risultano particolarmente colpite le donne della “generazione di mezzo” che sommano ai compiti educativi verso i loro figli, quelli assistenziali verso i membri più anziani;
2. al disagio giovanile, che rappresenta un grave fattore di rischio della qualità delle relazioni e degli affetti all'interno delle famiglie, spesso disorientate, senza competenze genitoriali adeguate, incalzate da difficoltà educative;
3. alle gravi situazioni di fragilità che colpiscono alcuni soggetti deboli che hanno un insosti-

---

<sup>6</sup> Censis, *Gli snodi di un anno speciale*. Capitolo 2: “Il sociale non presidato”, (2008)

tuibile bisogno di famiglia: gli immigrati, i minori in difficoltà, i disabili, i malati mentali, i tossicodipendenti, i sieropositivi, i non autosufficienti e i malati terminali;

4. alle condizioni di reale povertà e ai rischi di impoverimento di molte famiglie che si ritrovano ad affrontare crescenti problemi e crisi sociali in condizioni di alta vulnerabilità sociale.

Le condizioni critiche di disagio e lo svantaggio nelle aspettative di salute e benessere dei membri di queste famiglie le pongono in cima alle preoccupazioni di quanti hanno responsabilità di governo delle comunità per gli alti fattori di rischio per la salute e la bassa qualità della vita alle quali sono esposte, anche in ragione dell'alto carico assistenziale e di cura al quale sono soggette.

Sono famiglie cioè più vulnerabili di altre, più esposte ai rischi di incunearsi in circoli viziosi dove smarrire le proprie risorse culturali e socio-economiche residue.

Facilmente, in queste situazioni, le disuguaglianze sociali e di salute si manifestano con un aumento del rischio di sviluppare malattie, minore aspettativa di vita, utilizzo improprio (eccesso o sottoutilizzo) dei servizi.

Le famiglie, d'altro canto, rappresentano il punto di coesione, tutela e protezione, vera "agenzia" di riferimento per tutti i suoi membri sia nelle sue normali fasi di vita che in quelle critiche. Su di esse si concentrano le funzioni più importanti di sviluppo (crescita economica, maturazione culturale ed affettiva...) e di cura e assistenza (solidarietà intergenerazionale, sostegno e cura dei membri più deboli...): è considerata una "risorsa" per i suoi componenti, per la società e per il sistema stesso di *welfare*.

### 1.2.1 Le responsabilità familiari

Risulta evidente come, in questo contesto, gli orientamenti regionali portino verso un deciso sostegno e riconoscimento delle famiglie.

Si tratterà di sostenere le responsabilità familiari agite sia verso i compiti di cura sia verso le competenze sociali di crescita e di sostegno dei propri membri.

Dai genitori iperprotettivi (ricerche inglesi li hanno definiti recentemente "genitori "elicottero"<sup>7</sup>) ai genitori assenti o maltrattanti o semplicemente in difficoltà nei loro compiti di cura e di educazione dei figli, sono tante le tipologie di bisogno e richieste di sostegno che attengono alle "responsabilità familiari" nei diversi cicli di vita e nelle transizioni e crisi personali dei membri, nucleari e sociali, che attraversano le famiglie.

I servizi dovranno allora trovare una alleanza con le famiglie sia quando si tratta di costruire assieme percorsi terapeutico-riabilitativi, sia quando queste devono essere promosse, alimentate e rese visibili in quanto componenti essenziali del tessuto sociale che arricchisce la propria comunità sviluppando processi di partecipazione attiva e di solidarietà.

### 1.2.2 I bambini, gli adolescenti e i giovani

La RER, attraverso il Piano sociale e sanitario, invita a pensare a come il lavoro per integrare i servizi per l'età evolutiva favorisca anche la condivisione di un nuovo concetto di tutela che integri la valenza giuridica di difesa e salvaguardia entro una connotazione più estesa e dinamica di benessere sociale.

La funzione di tutela viene infatti garantita dai servizi e organi di protezione ma anche dalla famiglia, dalla scuola, dai servizi tramite azioni che garantiscono lo sviluppo, la crescita e

---

<sup>7</sup> Riferimenti in supplemento "La scienza", *La Repubblica*, 4 gennaio 2008: Università di Liverpool e del Kent, in [www.collegeboard.com](http://www.collegeboard.com) e [www.psychcentral.com](http://www.psychcentral.com)

l'incremento di una cultura dei diritti dei bambini, degli adolescenti e dei giovani.

Tutela significa ancora tutoring, accompagnamento e sostegno grazie all'ascolto degli adulti attivi nei loro ruoli educativi.

Fattori protettivi come la tutela della "buona nascita", un ambiente familiare e scolastico adeguato e responsabile disponibile all'ascolto attivo, un ambiente sociale non discriminante, un insieme di servizi sanitari preventivi offerti attivamente che riducano i rischi per la salute, la partecipazione attiva alla vita di una comunità che deve essere conosciuta in tutte le sue articolazioni (cultura civica), le opportunità formative offerte dalla scuola e da altre agenzie, le opportunità di tempo libero, sono tutti ambiti di attenzione, tra loro integrati, che devono trovare spazio nei processi di pianificazione locale.

Accanto a questo concetto vi è un'altra prospettiva che dobbiamo saper cogliere: la partecipazione come nuova domanda di "senso" della appartenenza sociale dei bambini, degli adolescenti e dei giovani, anch'essi, al pari delle famiglie, da considerare come risorsa attiva per una comunità.

Non si tratterà più allora di fare solo prevenzione, quanto di promuovere partecipazione, autonomia e responsabilità, sviluppo di opportunità e facilità all'accesso ai servizi.

Uno dei modi più appropriati, già sperimentati e da consolidare, è dato dalle azioni di contatto nei luoghi di vita (scuole, strade, piazze, centri di aggregazione) di gruppi di adolescenti che non avvicinano i servizi offrendo loro attivamente informazioni, consulenze, ascolto, supporto educativo.

Funzioni queste di prossimità con approccio comunitario che possono trovare una traduzione operativa anche in "spazi" dedicati specializzati che il sistema sociale e sanitario devono praticare, in particolare nell'ambito delle funzioni tutelari dei consultori, attraverso lo "Spazio Giovani", accanto alle diverse esperienze di aggregazione sociale (centri giovanili, centri socio-educativi).

Anche i servizi educativi e la scuola dovranno cercare una nuova dimensione di integrazione con le politiche sociali e sanitarie, sportive e ricreative, formativo-lavorative per affrontare insieme le criticità presenti nel nostro territorio (dispersione scolastica, avviamento precoce al lavoro, conflittualità, disagio ed episodi di violenza).

Così pure sarà determinante progettare secondo criteri nuovi il territorio, inteso sempre più come spazio identitario dove le nuove generazioni possono trovare autonome forme di riconoscimento e di socializzazione e la "comunità educante" possa esprimersi efficacemente in questo suo ruolo.

### 1.2.3 Gli immigrati stranieri

Siamo in presenza di una fase nuova caratterizzata da: 1) stabilizzazione insediativa, dalla volontà cioè di "mettere radici" in una comunità: ne sono indicatori il fatto che oggi la maggioranza degli stranieri viva in nuclei familiari, l'aumento degli iscritti nelle scuole dell'infanzia, l'aumento delle famiglie che accedono ai bandi ERP per la casa o ai bandi per la concessione del contributo per l'affitto, i tassi di occupazione e l'aumentato numero di imprese intestate a stranieri; 2) da una accentuata femminilizzazione dei flussi migratori: le donne straniere in età fertile sono raddoppiate negli ultimi cinque anni; il 22% dei nati sono da donne straniere; 3) dalla presenza di giovani stranieri di "seconda generazione" (bambini e ragazzi stranieri nati in Italia) le cui aspettative di promozione e integrazione sociale sono destinate a svilupparsi nei prossimi anni.

Accanto a quelli “stanziali” sono presenti, inoltre, anche nuovi immigrati, parte dei quali provenienti da migrazioni interne e non sempre giovani e “stranieri temporaneamente presenti” che presentano problemi nuovi per il sistema sociale e sanitario.

In questa situazione, l’approccio da adottare è quello universalistico che evita la costruzione di un sistema parallelo di welfare o interventi separati, se non per specifici bisogni. Così come si dovrà consolidare un sistema di interventi coordinati a ogni livello non occasionale, temporaneo ed emergenziale. Serve una equa diffusione ed efficienza dei servizi ma anche una coscienza collettiva del valore di un progetto comune di ricomposizione sociale attraverso una politica globale dei servizi alla cui realizzazione debbono concorrere non solo gli Enti pubblici, ma il sistema delle imprese, delle famiglie, l’intera comunità.

La RER, al proposito, ha attivato uno specifico strumento di programmazione trasversale che promuove l’integrazione delle politiche e definisce una cornice di orientamento per ogni settore regionale in un’ottica di integrazione graduale e positiva nel tessuto economico e sociale degli immigrati regolari (va contrastata, invece, “l’immigrazione illegale attraverso il dialogo con i Paesi d’origine per la regolazione dei flussi e per combattere la criminalità”<sup>8</sup>). Si chiede di fare altrettanto a livello provinciale, comunale e distrettuale/zonale per poter affrontare in modo integrato i problemi crescenti nell’ambito abitativo, nell’accoglienza di specifici target particolarmente problematici (richiedenti asilo - alcuni di loro traumatizzati perchè vittime di torture, violenze, mutilazioni e con sofferenze personali -, minori non accompagnati, donne sole con figli, donne e bambini vittime della tratta; irregolari, spesso impiegati nell’attività di assistenza familiare), nella partecipazione alla vita sociale della comunità, nell’inserimento sociale delle “seconde generazioni”, nell’accesso e fruizione dei servizi sociali, educativi e sanitari, nel mantenimento di livelli accettabili di salute.

E’ una popolazione quindi segnata da disuguaglianze sociali e di salute, da una erosione evidente delle difese e risorse personali e sociali (cultura di appartenenza, affetti, relazioni significative...) che le rende più fragili di altre, più vulnerabile. Non ultimo, è una popolazione che a volte sopporta discriminazioni e pregiudizi ed è bersaglio di paure e allarmismo sociale, spesso ingiustificato, che la rende ancora più vulnerabile.

Nei confronti degli immigrati, allora, si deve trovare una sostenibile composizione di interventi sociali (di mediazione sociale, mediazione dei conflitti, di servizi assistenziali, di promozione, abitativi, lavorativi, di inserimento scolastico...), per costruire relazioni positive e garantire pari opportunità di accesso e interventi sanitari, volti alla tutela e alla appropriata fruibilità dei servizi, anche a contrasto del rischio di depauperamento della salute.

Serve anche una diffusa attenzione alla formazione all’interculturalità degli operatori e una offerta di orientamento ai servizi e alle loro prassi medico-sociali, anche attraverso la mediazione culturale che deve essere attiva almeno nei servizi più utilizzati (servizi di emergenza sanitaria, ospedale, consultori familiari, centri di salute mentale, servizi sociali, centri per le famiglie, scuole...) al fine di aumentare la compliance (la risposta complessiva alle indicazioni medico-sociali) degli immigrati; di ridurre le reciproche paure e diffidenze e la disinformazione circa l’esistenza di servizi e le loro prassi di lavoro (pensiamo ad esempio al timore e alla diffidenza per le chiamate attive per gli screening dei tumori che ne riducono di fatto l’efficacia); di ridurre il disagio e il disorientamento degli operatori che devono rapportarsi in modo differenziato a persone provenienti da paesi e culture (cultura della salute, dei servizi...) e a livelli di organizzazione sanitaria, educativa, sociale molto diverse fra loro.

A livello comunitario, infine, serve una azione costante di informazione per ridurre i pregiu-

---

<sup>8</sup> RER, *Una regione attraente: verso il piano territoriale regionale*, 2008.

dizi e la percezione di una non equa disponibilità e fruizione di servizi offerti (si veda, per esempio, la percezione di una parte dei cittadini circa l'uso facilitato dei servizi sanitari di cui godrebbero gli immigrati, a fronte delle evidenze che segnano disuguaglianze nell'accesso e nella fruizione - oltre che negli esiti di salute - in realtà a svantaggio di questi ultimi).

#### 1.2.4 L'esclusione sociale e la povertà

Le popolazioni "ai margini", per condizioni e capacità di utilizzo del proprio reddito, condizioni sanitarie, rete sociale, capacità di fronteggiare le crisi, sono sia i "poveri storici" (i senza dimora, gli ex carcerati, gli emarginati) che i "nuovi poveri", quelli a rischio di impoverimento che occupano una "zona grigia" tra integrazione ed esclusione: famiglie monoreddito e monogenitoriali con figli, senza reti parentali, adulti senza lavoro, famiglie immigrate, pensionati, lavoratori precari, genitori separati con figli, famiglie con la "sindrome da quarta settimana" o particolarmente indebitata (esposte al "rischio casa" per alti affitti e mutui e a volte con stili di consumo incongrui alla propria condizione). Nella maggioranza dei casi si tratta di una "povertà al femminile" (ad es: su 100 genitori soli poveri, 83 sono donne; su 100 anziani soli, 84 sono donne).

Per i primi, gli interventi sociali sono già strutturati e dovranno essere programmati e consolidati nelle singole Zone in modo congruente ai bisogni rilevati.

Per i secondi, si tratta di situazioni nuove legate alla forte precarizzazione del lavoro, agli alti costi dell'abitazione, ai costi della vita, a volte agli stili di consumo, associati ad "eventi critici" quale la perdita del lavoro, le separazioni coniugali, la presenza di una malattia o di alti carichi assistenziali (non autosufficienza, disabilità acquisite) che ne aumentano la vulnerabilità sociale.

Sono persone e famiglie che manifestano bisogni orientati alla stabilizzazione delle loro condizioni di vita: una casa, un affitto sostenibile, un lavoro stabile o ben remunerato, una rete di relazioni per fronteggiare le situazioni di crisi, un sostegno nella cura e assistenza dei propri membri, un aiuto economico temporaneo.

Per queste famiglie servono interventi personalizzati, nelle fasi più critiche di fragilità sociale, di accompagnamento verso situazioni di autonomia offrendo loro opportunità abitative, lavorative, economiche e di opportunità di inserimento sociale e di relazioni positive.

Servono altresì, come per tutte le altre famiglie vulnerabili, interventi integrati che le altre politiche della casa, del lavoro, della formazione dei minori e degli adulti dovranno portare a coerenza in un disegno stabile di programmazione e implementazione coordinato.

In particolare per ciò che riguarda il lavoro i Centri per l'Impiego e la rete territoriale esistente dedicata a sviluppare servizi per l'inserimento lavorativo dei soggetti con difficoltà di inclusione sociale e lavorativa sottolinea che sul 4% di disoccupati, in Provincia di Ravenna, la metà appartiene alle cosiddette fasce deboli del mercato del lavoro (disabili, nuove e vecchie povertà economiche, sociali e culturali...).

Questi dati confermano la priorità per politiche attive del lavoro destinate a questi gruppi di persone, che per circa il 90% sono anche in carico ai servizi socio-sanitari territoriali.

Su questi temi il nostro territorio ha già consolidato esperienze significative, che vanno ulteriormente sviluppate e migliorate e che rispondono a logiche di integrazione, di lavoro in rete e di sviluppo di partnership socio economiche .

Ci si riferisce in particolare :

1. al servizio specialistico per l'inserimento lavorativo SILL;

2. alle attività svolte dalla cooperazione sociale d'inserimento lavorativo, attraverso il progetto Equal Agape e alle azioni di imprenditoria sociale promosse da Consorzio Agape.

### 1.3 Fragilità, cronicità e non autosufficienza

I problemi segnalati nel “profilo di comunità” ci orientano a lavorare su tre aree di intervento strategico:

1. la promozione dell'agio
2. la fragilità sociale e sanitaria
3. le malattie croniche e la non autosufficienza

#### 1.3.1 La promozione dell'agio

Come abbiamo visto sopra per le famiglie e in particolare per gli adolescenti e i giovani, è ormai risaputo come la promozione dell'agio, per la popolazione che invecchia, sia una priorità strategica del sistema.

L'OMS ha elaborato il concetto di “invecchiamento attivo” inteso come processo finalizzato alla massima realizzazione delle potenzialità fisiche, mentali sociali ed economiche degli anziani.

Buona socialità e stili di vita sani sono fattori protettivi per la salute e per il proprio benessere individuale e sociale.

L'accento non è dunque solo alle politiche orientate sui bisogni sociali e sanitari, ma anche sui diritti dell'anziano e sulla concreta possibilità di partecipare alla vita comunitaria. Politiche adeguate sono anche quelle che attraverso la promozione della anzianità attiva e creativa pensano all'anziano come soggetto di partecipazione alla costruzione della società, secondo le possibilità di ciascuno.

Esiste, nella realtà sociale della provincia, un ricco mondo in cui l'anziano mantiene o ricostruisce una vita sociale attiva, dove esprime le proprie capacità, interessi, competenze, volontà di comunicare e di rapportarsi agli altri. Aiutare, promuovendo e coordinando azioni e progetti specifici, nella socialità, nella assunzione di comportamenti adeguati verso la propria alimentazione, nell'utilizzo dei farmaci, nell'attività fisica, nell'allenamento cognitivo (“palestra della mente”) diventano obiettivi primari che devono essere considerati “buone pratiche” di riferimento costante per le amministrazioni e per i servizi sociali e sanitari<sup>9</sup>.

Allo stesso tempo, la capacità dei singoli di progettare fin dalle fasi di maturità il proprio futuro da anziani è tra i fattori critici di successo di un “buon invecchiamento”: prepararsi al pensionamento, a una vita e ruoli diversi sono temi altrettanto attuali che devono trovare ascolto nelle politiche di promozione di cittadinanza attiva, anche tenendo conto delle notevoli opportunità (capitale sociale) e dei rischi (stili di vita) di cui la generazione dei 55-65enni è portatrice.

#### 1.3.2 La fragilità sociale e sanitaria

La fragilità è intesa come una situazione di maggior rischio di andare incontro ad eventi avversi, i quali a loro volta sono causa del progressivo manifestarsi di disabilità e non auto-

---

<sup>9</sup> Si veda, ad esempio, il Progetto relativo ai Piani per la Salute della Provincia di Ravenna: “Invecchiare bene in salute” 2004-2005.

sufficienza che si accompagnano all'invecchiamento. E' uno stato vulnerabile di salute che porta a una diminuzione delle abilità di far fronte a cambiamenti ambientali, sociali e personali, associati a declino funzionale dovuto per lo più all'invecchiamento. Gli eventi avversi si riferiscono a: solitudine, isolamento, perdita di autonomia, impoverimento ed esclusione sociale, riduzione delle competenze ed abilità sociali nell'affrontare situazioni stressanti, dinamiche intergenerazionali all'interno delle famiglie non improntate alla solidarietà e alla cura, episodi di malattia con accessi alle strutture di ricovero e di emergenza e malattie croniche non adeguatamente conosciute o seguite con programmi di presa in carico continuativa, alto rischio di cadute.

Dalla letteratura emergono infatti forti evidenze, per esempio, dell'associazione tra il rischio di caduta, il calo ponderale, la presenza di depressione e le performance di autonomia personale con il grado di fragilità. La fragilità segue infatti un percorso di identificazione dei "fattori predittivi" di fragilità di tipo sanitario (presenza di malattie croniche, accessi ripetuti e impropri alle strutture ospedaliere di cura e di emergenza...), integrati a quelli di carattere sociale (caratteristiche socioeconomiche della persona e del suo intorno familiare, presenza di problemi economici, relazionali, disponibilità di una rete solidale di supporto, caratteristiche delle abitazioni e del contesto in cui la persona abita, risorse e servizi che può utilizzare) e psicologici (la capacità di risoluzione pratica dei problemi, della gestione delle proprie emozioni e dello stress derivanti dal contatto con i problemi; le competenze sociali nell'inserirsi nella propria comunità e il senso stesso di comunità, le paure di isolamento, di aggressioni, di insorgenza di malattie, la depressione).

La progressiva conoscenza dei fattori predittivi di fragilità applicabili a tutta la popolazione target e la creazione di una sorta di "registro delle persone con fragilità" aggiornabile e interrogabile secondo le diverse esigenze (preventive, come nei casi di emergenze climatiche; assistenziali, come nei casi di rischio di episodi acuti di malattia o di bisogni sociali, ecc.) rappresenta un nodo chiave per l'avvio di azioni concrete di prevenzione e promozione della salute in questa specifica popolazione a rischio.

Solo così si potranno selezionare le persone - identificandole puntualmente - secondo i diversi bisogni che manifestano e organizzare servizi ed azioni per target specifici utilizzando meglio le risorse disponibili.

Sarà necessaria anche la continua mobilitazione delle risorse sociali che fanno parte della rete di sostegno e solidarietà e di socialità più in generale (circoli, parrocchie, centri sociali, centri sportivi...) per raggiungere le persone più isolate e con meno risorse economiche e culturali e creare attorno ad esse le reti più utili alla loro protezione e sostegno.

### 1.3.3 Le persone con malattie croniche e la non autosufficienza

#### *Malattie croniche*

Le patologie croniche rappresentano la sfida principale dei sistemi sanitari dei paesi industrializzati. Studi recenti dimostrano infatti che l'intervento del medico, soprattutto a livello di medicina generale, riguarda sempre di più le patologie croniche e non quelle acute e che i consumi sanitari sono grandemente a carico di queste popolazioni.

L'importanza della cura delle malattie croniche è fondamentale per l'intera comunità non solo per i risvolti sulla vita media e sull'aspettativa di vita, ma soprattutto per un aspetto, meno verificabile dal punto di vista statistico, ma non meno importante, collegato al miglioramento della qualità della vita dei pazienti cronici, che produce una serie di importanti ricadute sulla famiglia e sulla società.

La cura della persona affetta da patologie croniche non ha per sua stessa natura come esito la guarigione. Il concetto di cura si estende agli interventi che permettono una migliore convivenza con la malattia e la migliore funzione residua possibile, se non la sopravvivenza della persona.

Tenere sotto controllo la malattia significa offrire alla persona malata una qualità della vita migliore, ridurre il tempo dedicato dai familiari alla cura del paziente con ricadute vantaggiose anche per i servizi socio-assistenziali e per il sistema sanitario sul piano dell'efficienza (riduzione dei costi) e dell'efficacia (controllo dei sintomi e delle alterazioni patologiche).

A seconda delle "classi di complessità" dei bisogni si attiveranno tutte le risorse disponibili centrandole sulle persone: le stesse famiglie o *care giver* (educare e supportare in proprio la malattia o le situazioni di rischio); il proprio medico o infermiere di famiglia (anche differenziando gli interventi e integrandosi con le professionalità operanti nel sistema socio-assistenziale), che si attivano in prima persona (offerta attiva) sulla base di un programma di intervento per controlli periodici ai singoli o a gruppi mirati di popolazione con specifiche malattie (diabete, cardiopatie, malattie oncologiche...).

Dalla medicina di "attesa" centrata sulla malattia in fase di acuzie, si passa alla "medicina di iniziativa" centrata sul trattamento delle persone con malattie croniche (*disease management*).

Un passaggio che richiederà un cambiamento dei modi di lavorare e di organizzare tutta l'assistenza primaria, del rapporto di questa con le strutture ospedaliere e degli stessi ruoli delle professionalità più coinvolte nei processi assistenziali: medici di medicina generale e infermieri. Ruoli che dovranno essere ridefiniti in relazione ai diversi compiti che la cura e l'assistenza alle persone in oggetto richiederanno in tutte le sedi elettive di intervento: domicilio, ambulatorio, ospedale, strutture protette.

### **Non autosufficienza**

Le esigenze specifiche poste dalla condizione di co-morbilità e perdita funzionale che caratterizza per un lungo periodo la vita degli anziani e di tutte le popolazioni più fragili e deboli (disabili, persone con problemi di salute mentale) costringono a un profondo cambiamento il sistema socio-sanitario; "mutano gli obiettivi (non più solo la guarigione), i parametri di valutazione (il benessere possibile) ed anche i tempi delle cure (*long-term care*)"<sup>10</sup>.

La non autosufficienza non è da considerarsi solamente in relazione alle singole persone che ne sono interessate, ma in quanto inserita nei "contesti di cura" che sperimentano queste persone. Questi contesti si creano autonomamente, ma hanno bisogno dell'aiuto del servizio pubblico per poter mantenere attive le proprie risorse; oppure si attivano con l'aiuto diretto del servizio pubblico, qualora non vi siano le condizioni per contare su risorse proprie.

L'esperienza dei Piani per la Non autosufficienza ha insegnato come la programmazione locale debba considerare di raggiungere tutta la popolazione non autosufficiente eleggibile per l'assistenza sociale e sociosanitaria.

Da una parte quindi, particolare attenzione va posta, oltre che alla popolazione anziana, alle popolazioni con disabilità gravi e gravissime, minori e adulti, e con problemi di salute mentale.

Dall'altra, si devono sviluppare collaborazioni con le famiglie (che costituiscono la risorsa principale nei processi di assistenza) e con quella parte di comunità cooperante e solidale che si attiva per garantire l'aiuto necessario alle persone non autosufficienti per poter garantire condizioni di sviluppo e di consolidamento del sistema complessivo delle cure che si

---

<sup>10</sup> RER, *Piano d'azione per la comunità regionale*, 2007.

basa principalmente sulla “risorsa-famiglia” e sulla “risorsa-comunità”.

La volontà di orientarsi al sostegno del *care giver* e delle reti di sostegno informali (“aiutare chi aiuta”) rappresenta una opzione strategica capace di mobilitare tutte le risorse disponibili, in particolare quelle che interessano l’assistenza privata tramite Assistenti Familiari, anche rivedendo le regole di accesso e fruizione dei servizi da parte dell’utenza.

Possiamo schematizzare quanto appena riportato secondo uno criterio di “stadiazione” dei bisogni e delle relative attività di cura e assistenza prioritarie:

Popolazioni, bisogni e servizi di cura e assistenza			
Sani con benessere	Disabili e grandi anziani soli o in coppia, con reti parentali e informali deboli, isolati socialmente, con limitate capacità di fronteggiare crisi personali, emergenze e malattie	Disabili, malati cronici, non autosufficienti, non seguiti dai servizi a presa in carico continuativa	Disabili, malati cronici, non autosufficienti, non seguiti dai servizi a presa in carico continuativa
Promozione salute e benessere	“Registro Fragili” Servizi e-care Sostegno reti sociali Monitoraggio stato salute	Offerta attiva di servizi di presa in carico Monitoraggio stato salute	Consolidamento offerta Personalizzazione presa in carico sanitaria e sociale
Agio	Disagio con domanda latente e bisogno insoddisfatto o soddisfatto privatamente		Disagio in carico ai servizi con progetti di cura e di vita

## 1.4 Sicurezza negli ambienti di vita e lavoro

La sicurezza, a partire dalla propria casa, dal proprio ambiente di lavoro, dai luoghi di vita come la strada, il senso di insicurezza percepita in relazione ai fenomeni della criminalità e del degrado urbano, il rischio di logoramento del “capitale sociale” della nostra comunità: sono questi i temi che emergono dall’esame del profilo di comunità come criticità prioritarie da affrontare.

Sono peraltro presenti anche altri problemi, alcuni dei quali di interesse collettivo, come il rischio di incorrere in malattie infettive (trasmesse da vettori come le zanzare), altri che riguardano fasce marginali di popolazione, come il ripresentarsi della TBC (presenti in contesti di vita degradati e insalubri), l’HIV (“problema di tutti”: interessa tutte le persone con comportamenti a rischio) che permangono come problemi verso i quali non può essere ridotta o sopita l’attenzione di istituzioni, servizi sanitari e sociali e la stessa comunità responsabile, partecipe delle azioni di contrasto dei rischi. Anche le malattie infettive più comuni, come le sindromi influenzali, che interessano grandi fasce di popolazione (anziani, persone con malattie croniche, bambini...) devono mantenere gli alti standard di attenzione e di fronteggiamento raggiunti (copertura vaccinale “di gregge” ), soprattutto in presenza di nuova immigrazione. La stessa sicurezza alimentare (tutta la filiera, dal produttore al consumatore) deve consolidare gli standard raggiunti in merito alle azioni di controllo e autocontrollo di tutti i soggetti della filiera in una azione capillare di informazione, formazione e responsabilizzazione rispetto alla tutela della salute dei cittadini e non ultimo dello stesso sistema di produzione locale, quale fattore di sviluppo del territorio.

Per questi ultimi temi rinviamo al PAL di prossima pubblicazione dove ci proponiamo di affrontarli con più precisione (si veda Parte II, cap. 6).

Qui ci occuperemo degli aspetti considerati prioritari ai fini del guadagno di benessere e salute atteso:

1. la sicurezza negli ambienti domestici,
2. la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro,
3. la sicurezza stradale,
4. la sicurezza urbana.

#### 1.4.1 Sicurezza negli ambienti domestici

Gli incidenti domestici hanno assunto dimensioni più che allarmanti e diversi Paesi europei ed extraeuropei hanno avviato da alcuni anni politiche di sicurezza e prevenzione in proposito.

I dati statistici disponibili evidenziano che le fasce di popolazione più a rischio sono i bambini e gli anziani. Questi sono anche i gruppi a rischio in cui gli interventi di prevenzione si sono dimostrati efficaci.

Le dimensioni ridotte e l'organizzazione dei diversi ambienti, la presenza crescente di elettrodomestici, impianti e accessori, le caratteristiche e disposizione dei componenti di arredo, creano condizioni di disagio dell'abitare presso il proprio domicilio. Tali condizioni sono rese ancora più evidenti e tangibili quando coinvolgono persone in situazioni di fragilità, fisica e psicologica.

E' necessario quindi sviluppare azioni volte ad incentivare l'applicazione delle misure di sicurezza strutturale e impiantistica, dei requisiti di sicurezza degli arredi, ma anche di informazione, educazione sanitaria rivolta ai singoli individui, alle famiglie e all'opinione pubblica.

Prioritaria la formazione non solo di professionisti dei settori edilizio e tecnologico-impiantistico, ma anche dei servizi che operano in campo sanitario, sociale e socio-sanitario.

Particolare rilevanza assumono le cadute degli anziani tra le mura domestiche che rappresentano una priorità, non solo per la sanità pubblica, a causa della loro frequenza e della gravità delle conseguenze: le cadute rappresentano la prima causa di incidente domestico, nonché la prima causa di ricovero e decesso per incidente domestico.

Le categorie maggiormente coinvolte, al pari degli altri incidenti domestici, sono quelle che trascorrono più tempo in casa: donne, bambini, anziani. Questi ultimi, in particolare, tendono a cadere ripetutamente. Le conseguenze più frequenti sono le fratture, specie del femore, con un pesante impatto sul piano sanitario (ricoveri lunghi, elevata mortalità), sociale (esiti frequenti in inabilità permanenti con perdita della autonomia nelle attività quotidiane) ed economico (spese per l'assistenza ospedaliera, le terapie mediche e riabilitative, l'invalidità sociale).

E' chiaro quindi che la caduta rappresenta un evento temibile nell'anziano, per le possibili conseguenze di ordine fisico e psicologico, ma con pesanti ripercussioni anche sui famigliari.

La caduta degli anziani tra le mura domestiche rappresenta pertanto una priorità.

Per contrastare e limitare questo fenomeno, l'approccio più razionale ed efficace è la costituzione di una rete di relazioni tra tutti i soggetti, istituzionali e non, presenti nella comunità che direttamente o indirettamente ne sono coinvolti, in grado di facilitare e sostenere i cambiamenti, anche di tipo comportamentale, rispetto ai fattori di rischio.

## 1.4.2 La salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro

La salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro è un obiettivo prioritario per la sostenibilità dello sviluppo sia dal punto di vista sociale che da quello economico.

Come in molte altre realtà territoriali nazionali e regionali, l'economia ravennate sta attraversando una fase di profonda evoluzione del tessuto produttivo e commerciale. In alcuni settori tradizionali (l'agricoltura e l'industria in particolare) la quota dei lavoratori è diminuita a favore di quelli occupati nel terziario: questo fatto, da solo, contribuisce a diminuire il rischio-infortuni. Contemporaneamente, però, il mondo del lavoro è caratterizzato da altri fatti che sono in rapida espansione: lavoro irregolare, diffusione di contratti meno stabili, ma anche con minori tutele per la salute di chi lavora; l'aumento della percentuale di immigrati sul totale dei lavoratori in comparti molto pericolosi (edilizia, macellazione...) spesso disinformati e incapaci di comprendere le istruzioni che vengono loro rivolte, carenti dal punto di vista della "cultura della sicurezza"; il frequente ricorso all'istituto dell'outsourcing. Queste caratteristiche del nuovo sistema economico sono destinate a incrementare il numero degli infortuni. A ciò si aggiunga un altro importante elemento: la più ampia partecipazione delle donne al lavoro, che introduce una nuova dimensione nel campo della salute e della sicurezza sul lavoro.

Un primo obiettivo deve essere quello di coagulare attorno ai diversi programmi di prevenzione degli infortuni la collaborazione degli enti e delle forze sociali comunque collegati al mondo del lavoro. Va sottolineato, infatti, che alcune delle azioni che possono diminuire i rischi da lavoro (per esempio la riduzione del lavoro sommerso e il perfezionamento delle nuove tipologie contrattuali) devono essere attivate da politiche integrate di qualificazione del lavoro e del tessuto produttivo, di cui la tutela della salute dei lavoratori è solo un aspetto.

In merito al lavoro sommerso, è necessario un approccio sistemico al problema, in modo tale che sia gli organismi istituzionali che le parti sociali esercitino tutti gli interventi previsti dalla normativa vigente.

Sono innanzitutto necessarie iniziative di formazione e qualificazione professionale rivolte agli extracomunitari che vivono nel nostro territorio, all'interno delle quali i rischi collegati all'attività lavorativa dovranno avere particolare risalto. Importante anche promuovere attività di informazione destinate ai servizi aziendali di prevenzione, tenendo nella dovuta considerazione sia l'area di provenienza dei lavoratori stranieri sia le problematiche legate a situazioni che, come quella delle donne in stato di gravidanza, sono particolarmente a rischio e hanno bisogno di adeguata protezione.

La precarietà che caratterizza i nuovi contratti di lavoro e l'eterogeneità delle tipologie contrattuali attualmente in uso sottolineano la necessità di interventi specifici: azioni di vigilanza sulla sicurezza e sulla gestione della salute dei lavoratori coinvolti dalle nuove forme contrattuali, nonché azioni di informazione e formazione rivolte ai soggetti responsabili del processo di prevenzione nei luoghi di lavoro (medici competenti, RLS, RSPP, ecc.) e con i lavoratori.

Per quanto riguarda le nuove generazioni, è strategico perseguire il coinvolgimento della scuola in una sistematica attività di formazione, già nella fase precedente all'inserimento nell'attività produttiva, finalizzata ad aumentare la consapevolezza dei rischi collegati al lavoro.

Nell'ottica della sicurezza e della salute dei lavoratori, occorre dare rilevanza al problema dell'organizzazione del lavoro. Sempre più frequenti sono i casi segnalati di stress, depres-

sione e ansia come causa di assenza dal lavoro, nonché come condizioni predisponenti gli eventi infortunistici; vengono altresì segnalati conflitti interetnici sui luoghi di lavoro.

Si tratta di condizioni, quando ancora non vere e proprie patologie, legate non tanto all'esposizione ad un rischio specifico quanto ad un insieme di fattori riconducibili all'organizzazione del lavoro, quali organizzazione dei compiti, degli orari, delle relazioni gerarchiche, ecc.

E' importante, quindi, che nella promozione di una cultura della prevenzione dei rischi, venga dato il giusto risalto a questo tema, da parte di tutti i soggetti coinvolti.

### 1.4.3 La sicurezza stradale

L'uomo moderno sta pagando un pesante tributo all'attuale organizzazione della mobilità: la facilità e la rapidità degli spostamenti si accompagnano infatti ad effetti che influiscono negativamente su salute e qualità della vita (Incidenti stradali, inquinamento dell'aria e rumore). L'esigenza di mobilità nei Paesi economicamente avanzati è aumentata con un tasso superiore all'incremento del prodotto interno lordo e non appare comprimibile; la domanda aggiuntiva di trasporto si è rivolta in larga parte alla strada, con un aumento del numero di automobili circolanti e dei veicoli addetti al trasporto di merci su strada.

La sicurezza stradale costituisce un problema prioritario per le società di tutto il mondo per le conseguenze in termini di vite perdute o gravemente danneggiate. "Gli incidenti stradali sono una delle cause più importanti di trauma e di morte sia nei paesi industrializzati che nei paesi emergenti e colpiscono la parte economicamente più attiva della popolazione; oltre la metà delle morti riguardano persone tra i 15 e i 44 anni", così scrive l'UNECE<sup>11</sup> nel rapporto del 2006. Il costo sociale ed umano determinato dagli Incidenti stradali è elevatissimo, in termini di morti, invalidità permanenti, spese mediche, danni materiali, mancata produttività.

Gli incidenti stradali sono eventi in gran parte prevenibili e possono concretamente essere prevenuti, come mostra l'esperienza di altri paesi europei (Gran Bretagna, Svezia, Olanda, Francia); In particolare in Francia, partendo da una situazione sovrapponibile a quella italiana, dal 2002 al 2007 la mortalità da incidente stradale è stata ridotta di oltre il 40%, attraverso un controllo serrato della velocità.

Anche in Italia, pur se in ritardo, negli ultimi anni iniziano a vedersi segnali positivi: nei territori della provincia della Costa emiliano-romagnola e in Emilia-Romagna è iniziato nell'ultimo decennio un significativo trend in diminuzione in termini di ricoveri e di mortalità da incidente stradale, che incoraggia nel proseguire nelle scelte preventive intraprese.

Rimane comunque molto lavoro da fare. È impressionante il fatto che più della metà degli incidenti mortali sul lavoro avvenga per strada, che i bambini piccoli vengano trasportati in auto irresponsabilmente senza usare il seggiolino, che non vengano utilizzate le cinture di sicurezza posteriori, che il maggior numero di incidenti sia ancora dovuto alla velocità ed alla guida in stato di ebbrezza.

A livello preventivo le sfere di intervento sono a questo riguardo principalmente due, entrambe importanti e complementari:

- incoraggiare gli utenti della strada ad assumere un comportamento più responsabile; tra le azioni di provata efficacia viene infatti raccomandata l'adozione di interventi - non solo normativi - volti a estendere l'uso dei seggiolini per bambini e delle cinture di sicurezza e a contrastare la guida sotto l'effetto di alcolici
- creare un ambiente sicuro e favorevole alla sicurezza stradale: rientrano in questo ambito

---

<sup>11</sup> UNECE = United Nations Economics Commission for Europe

gli interventi urbanistici adottati dalle Amministrazioni Comunali per la messa in sicurezza di pedoni e ciclisti o l'inserimento nella progettazione dei nuovi quartieri di percorsi sicuri (ad esempio il percorso casa-scuola).

#### 1.4.4 La sicurezza urbana

La sicurezza dei cittadini, tanto nella sua componente oggettiva (comportamenti antisociali o delittuosi) quanto in quella soggettiva (percezione dell'allarme sociale da parte degli individui), è una dimensione essenziale della convivenza civile.

Nell'ultimo decennio l'opinione dei cittadini si è attestata sulla convinzione che la criminalità sia aumentata e per quasi il 60% degli italiani la criminalità è fonte di alta preoccupazione.

Certo è che alcuni reati crescono (reati contro i beni), com'è vero che altri tendono a flettere (reati contro le persone). Altrettanto accertata è la situazione del "sommerso", forse ancora più preoccupante, che però si mantiene costante negli anni. Le denunce infatti dipendono dai comportamenti civici o "altruistici" (non si vuole che capiti ad altri) e dalla gravità del danno riportato (danni fisici o psicologici o valore dei beni) oltre che dalla zona geografica. Sono molti così i reati non denunciati o non rilevati; tra questi segnaliamo i reati economici (truffe, frodi, attività "in nero" e altri afferibili ai cosiddetti "colletti bianchi"), alcune forme comuni di reato (rapine, furti) e, sopra a tutti, le violenze alle donne: si stima che solo il 18% denunci uno stupro e solo il 7% denunci il tentativo di stupro; i maltrattamenti e le violenze domestiche alle donne e ai minori e la violenza assistita sembra avere le stesse preoccupanti caratteristiche di "sommerso"<sup>12</sup>.

E' confermata invece la correlazione tra aumento dei reati e aumento dell'immigrazione clandestina, sia in termini di aumento progressivo nel corso degli ultimi anni, sia in termini di reati commessi da immigrati clandestini sul totale (risultano irregolari l'80% dei denunciati stranieri per reati contro la proprietà; tra gli stranieri regolari, quelli che hanno guai con la giustizia sono il 2%, valore di poco superiore a quello dei cittadini italiani). Si deve anche considerare come certi reati - ad esempio l'omicidio, il borseggio, la rapina e la violenza sessuale - vedono un più alto numero di vittime tra gli stessi extracomunitari: "In genere si pensa che gli immigrati delinquono soprattutto contro la popolazione autoctona. La situazione - sostiene Barbagli - è invece più diversificata: i delitti più gravi, come omicidi e violenze sessuali, avvengono prevalentemente tra immigrati all'interno del gruppo etnico di appartenenza o tra gruppi contigui, mentre i furti d'auto, in appartamento e in negozio sono consumati a danno degli italiani"<sup>13</sup>.

Tutta l'Emilia-Romagna si trova a pagare l'attrattività del territorio in termini di maggiore incidenza dei fenomeni criminosi: quattro delle sue nove province (Rimini, Bologna, Ravenna e Modena) sono nella top ten dei reati se rapportati alla popolazione residente: 6,2 reati (denunciati) contro una media di 4,9, con un aumento registrato del 10% sull'anno precedente<sup>14</sup>.

E' cresciuta, di pari passo, la paura della criminalità.

Consideriamo che la paura della criminalità è spesso indipendente dal reale grado di delinquenza presente in una determinata comunità ed è in correlazione con determinati fattori, quali ad esempio età, sesso, luogo di residenza, rappresentazione delle condotte illecite da parte dei mass media.

La fascia di popolazione che risulta più a rischio di vittimizzazione è quella di posizione sociale più elevata, mentre l'insicurezza, la paura di essere vittima di reati è più diffusa

<sup>12</sup> ISTAT, Cento statistiche per il Paese.

<sup>13</sup> M. Barbagli, *Immigrazione e reati in Italia*, Il Mulino, 2001.

<sup>14</sup> Elaborazioni dati anni 2006 e 2007 de Il Sole 24 Ore, su dati del Ministero dell'Interno, giugno 2008.

presso gli strati sociali più svantaggiati, fino a raggiungere livelli di allarmismo tra anziani e persone sole.

La crescita della percezione sociale di insicurezza, dovuta agli episodi di criminalità (e, in particolare di microcriminalità), ma anche ai comportamenti antisociali (danneggiamento, mancanza del rispetto delle regole), a situazioni di degrado e disordine urbano e ai fenomeni di devianza giovanile (abuso sostanze...), porta alla richiesta, sempre più pressante, di “controllo del territorio”, di ripristino della legalità e delle regole di convivenza, oltre che di attenzione alle vittime.

L'insicurezza, se supera determinati livelli, “può divenire elemento di logoramento del tessuto sociale e del rapporto fiduciario fra cittadini e istituzioni”<sup>15</sup>. Consapevoli che intervenire sul crimine non è sufficiente a rendere le persone più sicure, gli EE.LL., allora, sono sempre più implicati - in particolare attraverso le forze di polizia locali e servizi dedicati alla sicurezza, assieme agli organi dello stato - in azioni di “nuova prevenzione” o di “sicurezza delle comunità”, integrate e coordinate che sappiano coniugare rassicurazione sociale, riduzione dei fenomeni e prevenzione sociale.

Il ruolo che viene richiesto loro è quello di assumersi la funzione di regia degli interventi orientati al miglioramento della sicurezza urbana, in una logica di *partnership* con le altre istituzioni e agenzie sociali, oltre che con la società civile consapevole e partecipe, per ridurre l'insicurezza e limitare gli effetti conseguenti agli episodi di criminalità, affermare la cultura del rispetto delle norme e delle regole, sviluppare percorsi di riparazione del danno sociale procurato, tutelare le vittime e aiutare coloro che provano sentimenti di paura tali da limitare sensibilmente le loro libertà di movimento, di socializzazione, ecc., contrastare il degrado e aumentare la fruibilità sociale dei luoghi urbani, contrastare la diffusione del clima di paura.

Tutte le azioni che incidono sulla qualità dello spazio pubblico, dal controllo, all'offerta commerciale, dall'animazione alla manutenzione, alla gestione dei conflitti per l'uso di piazze o giardini, sono i componenti principali di quella “cassetta degli attrezzi” virtuale che utilizziamo quando dobbiamo pensare un progetto di miglioramento della sicurezza urbana. In altre parole: si deve far crescere la vitalità di un quartiere, di un paese o città e il sentimento di appartenenza all'ambiente di vita in modo da incentivare i comportamenti che lo proteggono nel tempo (“prendersi cura della città”) in una sorta di circolo virtuoso di crescita del “capitale sociale” - quale risorsa della comunità - capace di contrastare le minacce e le crisi.

Da ultimo, siccome stiamo lavorando su un fenomeno sociale, piuttosto che su singoli atti, esso va prima indagato e compreso nelle sue diverse caratteristiche sociali<sup>16</sup> e poi affrontato con la messa in atto di azioni specifiche in uno spirito di collaborazione interistituzionale e comunitario.

---

<sup>15</sup> V. Martinelli, *Capitale sociale e percezione della comunità, dei servizi, del benessere e della salute*, 2008.

<sup>16</sup> Si veda l'esperienza più che decennale di “Città sicure” in Emilia-Romagna (interventi di C. Braccesi e R. Selmini, 2005)



Parte terza

*Indirizzi e priorità  
strategiche per  
i Piani di Zona  
distrettuali per  
la salute e il  
benessere sociale*

In questa parte affrontiamo, per aree tematiche e per popolazione target, l'insieme delle politiche e azioni possibili, selezionando quelle prioritarie, che porteremo anche nelle tabelle degli obiettivi cercando di fare ulteriore sintesi di quanto qui proposto.

Nei "box" riportiamo l'"integrazione con le altre politiche" richiamando a specifiche Schede (in allegato n. 2) che contengono azioni e progetti pertinenti con le politiche e obiettivi qui sviluppati, per lo più tratte dal Piano Strutturale di Coordinamento provinciale (PTCP).

## **1** Vita indipendente e scelte abitative

L'abitare in case e contesti di vita adeguati sono fattori di protezione per la salute e il benessere per tutta la popolazione.

Così come, al contrario, il sovraffollamento, le cattive condizioni igieniche, la pericolosità degli ambienti costituiscono fattori di rischio che sono particolarmente incidenti nelle situazioni di alta vulnerabilità sociale e sanitaria.

Ed ancora, emerge anche come la casa da fattore di securizzazione diventi veicolo di differenziazione sociale ed economica: sul rapporto con la casa si scaricano tensioni sociali quali l'impatto dei flussi migratori e quello della precarietà, laddove l'accesso ad una abitazione diventa difficile per chi ha redditi modesti.

Famiglie numerose, famiglie di nuova costituzione, con basso reddito, famiglie di recente immigrazione, famiglie con componenti che presentano gravi problemi di salute e/o disagio sociale (dipendenza patologica, patologie psichiatriche, patologie croniche...) e adulti soli in condizioni di difficoltà e disagio sociale e sanitario che desiderano affrancarsi dalla propria condizione o conviverci con dignità o superarla affrontando gli impegni di reinserimento sociale, richiedono di affrontare il problema della abitazione considerandolo nei suoi diversi aspetti: reperimento, sostenibilità del mantenimento, adeguatezza, contesto di vita, di relazione, di tutela e di cura.

Devo essere praticati anche interventi di responsabilizzazione di imprese e datori di lavoro in presenza di contratti di lavoro stagionale che innescano ulteriori bisogni abitativi in target di popolazione adulta (immigrati) che contribuisce attivamente all'arricchimento del sistema produttivo locale.

### **1.1 Famiglie con bambini, adolescenti e adulti in condizione di disagio**

La provincia di Ravenna conta un alto numero di famiglie che godono di abitazioni in proprietà. L'incremento delle abitazioni è superiore all'aumento del numero di famiglie, ma questo non ha coperto le esigenze delle fasce deboli di popolazione che non riesce ad accedere al bene-casa.

E' così aumentata la pressione della domanda di casa in locazione.

Le politiche locali devono orientarsi a garantire opportunità abitative e di relazione capaci di sostenere i percorsi di cura e tutela dei figli da parte delle famiglie più svantaggiate ren-

dendo disponibili soluzioni abitative in contesti collettivi e con supporti socioeducativi e assistenziali per ridurre rischi di carenze e vulnerabilità nelle fasi successive di vita degli stessi.

In particolare sarà necessario orientarsi a:

#### **Garantire opportunità abitative:**

- promuovendo la realizzazione di edilizia residenziale pubblica per la locazione permanente e la qualificazione delle politiche per la casa (interventi di edilizia convenzionata, collaborazione con le imprese private e con ACER per sviluppare interventi concordati);
- promuovendo iniziative di ricerca di alloggi in locazione a costi calmierati con la collaborazione di privati cittadini, di associazioni di piccoli proprietari, di imprese cooperative;
- garantendo accesso ai benefici previsti dalle politiche abitative (canoni ERP, affitti concordati, affitti a costi contenuti, alloggi per “pronto soccorso”...) a tutte le persone in condizioni di indigenza e con svantaggi nelle condizioni di salute (problemi di salute mentale, dipendenze patologiche...);
- promuovendo forme di autocostruzione e *cohousing* fra quanti (giovani coppie, famiglie numerose o monogenitoriali...) sono disponibili a condividere pratiche di buon vicinato, scambio di cortesie (atteggiamento solidale), condivisione di spazi e mezzi comuni (giardini, orti, lavanderia, automezzi...) in funzione del risparmio e dell'uso corretto delle risorse energetiche;
- promuovendo responsabilità sociale nell'accoglienza di lavoratori stagionali di imprese locali.

#### **Garantire tutela e sicurezza:**

- realizzare forme di residenzialità protetta a bassa e media intensità assistenziale a lunga permanenza (gruppi appartamento, comunità alloggio, “condomini solidali”, portierato sociale) anche propedeutici alla vita indipendente nelle fasi di remissione e inserimento sociale (ex tossicodipendenti, ex carcerati, persone con malattie mentali e disabili...) utilizzando tutte le risorse del territorio: produttive (cooperative di costruzioni, ...) solidaristiche (enti morali, associazioni...), istituzionali (EE.LL., ASP,...).

## **1.2 Anziani e non autosufficienti**

Il patrimonio edilizio esistente è generalmente funzionale ad un tipo di famiglia (giovane, con figli, autonoma nei trasporti) che non sempre risponde alle esigenze abitative di oggi e del futuro.

Le case degli anziani invecchiano assieme a loro e non godono di buona manutenzione<sup>17</sup>. Spesso sono onerose da mantenere e non adatte alle esigenze di mobilità e vita domestica. Lo stesso vale per le persone con disabilità motorie e sensoriali.

La ricerca di un ambiente domestico confortevole, accessibile e sicuro, protetto da rischi ed intrusioni, che renda disponibili riferimenti facilmente attivabili per le necessità più ricorrenti, che sia collocato in prossimità di offerte di iniziative sociali e per il tempo libero, che sia accessibile per le cure e l'assistenza in caso di bisogno, senza barriere architettoniche, con tutti gli ausili utili per la vita quotidiana in sicurezza e comfort, rimanda alla necessità di un “contesto abitativo” a misura di anziani e persone con disabilità che vedono limitata la propria autosufficienza<sup>18</sup>.

<sup>17</sup> Regione Emilia-Romagna, *Piano di Azione per la comunità regionale*, 2007.

<sup>18</sup> DGR 270/2000 inerente gli “alloggi con servizi”.

Inoltre, le strutture di accoglienza delle popolazioni in particolare condizione di vulnerabilità sociale e sanitaria sono indirizzate a target di popolazione fortemente compromessi nei livelli di autosufficienza, di disabilità, di cronicità che esprimono bisogni a marcata connotazione terapeutico-riabilitativa e socio-sanitaria. Sono scarse invece le opportunità per le popolazioni a bassa e media vulnerabilità e fragilità (disabili adulti e persone con problemi di salute mentale o prossimi all'età senile senza reti parentali, persone con bisogni prevalentemente di accudimento) con bisogni socio-assistenziali e socio-sanitari che potrebbero trovare giusta risposta in strutture a contenuta valenza riabilitativa e socio-sanitaria, più appropriate e, insieme, meno onerose.

Le politiche locali devono pertanto orientarsi a:

#### **Garantire opportunità abitative:**

- promuovendo la realizzazione di edilizia residenziale pubblica, la ricerca di alloggi in locazione a costi calmierati e l'accesso ai benefici previsti dalle politiche abitative come riferito poco sopra;
- promuovendo e facilitando, con la mediazione dell'EE.LL. degli scambi di alloggi più funzionali alle esigenze di vita dell'età anziana (dimensioni minori, senza barriere architettoniche...);
- garantendo flessibilità nelle scelte edilizie pubbliche e private che si orientino alla convivenza di anziani soli tra loro e con giovani coppie, famiglie di immigrati, studenti, anche promuovendo forme di solidarietà intergenerazionali e interculturali (affidi, contratti di sostegno).

#### **Garantire tutela e sicurezza:**

- sostenendo programmi di recupero ed adeguamento orientati al risparmio energetico e all'adattamento funzionale degli alloggi (adattamento domestico) attraverso l'attività del Centro per gli Adattamenti Domestici (CAAD) e di centri di consulenza per la progettazione degli adattamenti più appropriati ai bisogni di abitazioni e strutture pubbliche;
- attivando la qualificazione professionale dei tecnici del settore privato e pubblico (progettisti, costruttori, collaudatori) che presidino gli indirizzi tecnici, progettano e costruiscono le abitazioni;
- sostenendo le forme di "portierato sociale" per garantire una presenza continua di una figura di riferimento alle persone sole e fragili;
- realizzando forme di residenzialità protetta in particolare nella forma "alloggi con servizi" (Delibera GR 270/2000) o altre forme sperimentali quali i "condomini solidali" (strutture che si avvalgono di famiglie-tutor e di sostegni della rete sociale di volontariato, oltre che di servizi pubblici di assistenza e cura) e abitazioni e strutture socio-assistenziali per il "dopo di noi" (in particolare per disabili adulti soggetti a processi di invecchiamento o in fasi della vita adulta in cui è richiesta una bassa o media intensità assistenziale), per ampliare la possibilità di alternative all'istituzionalizzazione e valorizzare le risorse individuali, garantendo forme di residenzialità il più possibile simili a quelle precedenti all'età senile.



#### **Integrazione con altre politiche Strumenti di pianificazione di riferimento**

Politiche della casa e assetto urbano: *PTCP - Vedi scheda n. 6*

Rischio ambientale e uso razionale e sostenibile delle risorse: *PTCP - Vedi scheda n. 1*

Istruzione e formazione: *PTCP - Vedi Scheda n.4*

## 2 Qualità della vita, guadagno di salute: paesi e città vivibili per tutte le età

“Se è per i bambini è per tutti”<sup>19</sup>.

Città e paesi vivibili per i bambini. Per i disabili. Per gli anziani. Cambiano i target, ma non le condizioni di partenza: i determinanti del vivere in sicurezza, in condizioni accettabili di qualità ambientale, di esercizio dei propri diritti di accessibilità ai servizi, alla cultura, al tempo libero, alla mobilità.

Queste popolazioni sono infatti accomunate da una condizione di debolezza e vulnerabilità che le distingue rispetto a tutte le altre. Le espone a più rischi sociali, specie negli spazi urbani.

La salute di una persona, infatti, non può essere disgiunta dall’ambiente sociale ed economico in cui vive. Intervengono fattori dell’ambiente fisico; i comportamenti personali pericolosi per la salute e le barriere che si frappongono all’adozione di stili di vita sani; l’accesso a servizi sociali e sanitari appropriati ed efficaci; i fattori sociali ed economici, come il reddito disponibile, l’occupazione, la qualità dell’ambiente sociale e la disponibilità di un sostegno sociale offerto dalla rete formale e informale.

Sviluppare responsabilità sociale verso questi aspetti significa far crescere la consapevolezza di tutta la comunità e di radicare un’etica dei diritti umani molto concreta, fatta di azioni di difesa di tutto ciò che oggi è “debole” nei contesti locali rendendo partecipi e protagonisti gli stessi soggetti deboli, individualmente, in gruppo o tramite forme di rappresentanza, che possono progettare il vivere sano, sicuro, civile e di qualità.

### 2.1 Famiglie con bambini, adolescenti e giovani

Le politiche locali devono orientarsi in via prioritaria a:

#### *Promuovere l’agio:*

- garantendo partecipazione alla vita comunitaria degli adolescenti e giovani in quanto “cittadini attivi” e in quanto facilitatori di conoscenze e aiuto verso i pari più deboli (mutuo-aiuto, mutuo-insegnamento);
- sostenendo la spontanea aggregazione sociale; promuovendo le iniziative di aggregazione associativa con funzioni educative e sociali e i servizi di prossimità (centri giovanili, laboratori pedagogici, gruppi educativi di sostegno alle competenze personali e scolastiche - in particolare rivolti in particolare ai ragazzi più esposti alla dispersione scolastica e alla emarginazione -, scoutismo, attività di oratorio e simili, interventi educativi e di socializzazione di strada e di comunità...); promuovendo la relazione intergenerazionale e di auto-mutuo-aiuto;
- armonizzando i tempi di vita e lavoro 1) attraverso una coerente programmazione delle Politiche per l’infanzia e l’età evolutiva (nidi e materne) specie nelle prime fasi di vita dei bambini con attenzione particolare alle famiglie svantaggiate 2) attraverso la realizzazione di “buone prassi” che sperimentino soluzioni innovative (“Welfare Aziendale”) correlate alle opportunità derivanti dalle leggi a sostegno della conciliazione tra tempi di

<sup>19</sup> F. Tonucci, *La città dei bambini*, Laterza, 1996.

lavoro e tempi di vita familiare (L.53/2000), anche coinvolgendo le istituzioni e aziende maggiormente rappresentative sul territorio;

- operando scelte orientate alla tutela degli spazi di vita delle persone più deboli (bambini, disabili) rendendo città e paesi più sicuri e vivibili, “a misura di bambino”, attivandosi secondo i principi della progettazione condivisa con associazioni e gruppi attivi sul territorio (sono ipotizzabili, tra gli altri, progetti che tutelano i percorsi casa-scuola, la progettazione e gestione di parchi di cortili intercondominali; il recupero di spazi collettivi ad uso ludico-pedagogico, la sperimentazione di “strade abitabili”, i collegamenti periferia-centro con piste ciclabili/pedonali).

#### **Promuovere tutela e sicurezza:**

- promuovendo una cultura di riconoscimento e denuncia delle forme di discriminazione, abbandono, abuso e violenza con azioni specifiche in difesa dei minori, delle donne, degli immigrati e di altre persone discriminate socialmente;
- promuovendo interventi di “educazione continua alla legalità” rivolta a ragazzi, giovani e adulti per affermare la cultura del rispetto delle norme e delle regole, accompagnata dalla testimonianza delle famiglie e degli adulti significativi (insegnanti, allenatori, ecc.) nei confronti dei giovani;
- promuovendo il coordinamento delle risorse per la prevenzione della conflittualità sociale: azioni di mediazione sociale, di gestione dei conflitti di interessi di gruppi di popolazioni diversi, di promozione della qualità dello spazio pubblico e del suo controllo per ridurre l’insicurezza e limitare gli effetti conseguenti agli episodi di criminalità, violenza e inciviltà;
- promuovendo, per le persone svantaggiate, politiche attive del lavoro centrate su *partnership* e *social networking*, che coinvolgano imprese pubbliche e private, cooperazione sociale d’inserimento lavorativo, formazione professionale, istituti scolastici in un’ottica di sviluppo della responsabilità sociale d’impresa e del territorio.
- utilizzando tutti gli strumenti e le opportunità sviluppate dalla rete provinciale integrata dei servizi per il lavoro che comprende, oltre alla Provincia di Ravenna e a tutti Comuni della provincia, il SILL (Sostegno Integrato Inserimento Lavorativo) per la fasce deboli e le cooperative sociali d’inserimento lavorativo (progetti individualizzati di tirocinii, apprendistato, formazione in situazione, partnership tra cooperazione sociale imprese profit e pubbliche amministrazioni per l’esternalizzazione di servizi e attività, creazione di nuove imprese sociali e sviluppo delle esistenti...).

#### **Promuovere salute:**

- promuovendo stili di vita sani in tutte le età con particolare riferimento all’attività fisica (educazione al movimento e allo sport), alla corretta alimentazione, ai comportamenti corretti verso la propria salute (fumo, alcol, droghe, sessualità, accesso ai programmi di diagnosi precoce per le malattie infettive...);
- contribuendo alla riduzione degli agenti inquinanti attraverso comportamenti individuali e collettivi orientati al risparmio e all’efficienza energetica e alla mobilità sostenibile, anche in riferimento alle strategie e azioni previste nei Piani delle Azioni delle Agende 21 e alle normative che impegnano le aziende pubbliche e private ad operare avvalendosi di *mobility* ed *energy manager*;
- per gli adulti che lavorano, prevenendo i rischi nello specifico comparto di impiego (in quelli più a rischio lavorano molti immigrati soggetti più degli altri ad infortuni), anche

attivando azioni di promozione della sicurezza negli ambienti lavorativi (attivare i medici competenti e i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza) e informazioni e formazione specifica contribuendo a diffondere la “cultura della sicurezza” e la responsabilizzazione dei datori di lavoro;

- per i soggetti commerciali e gli organizzatori di eventi, garantendo tutte le condizioni di prevenzione e protezione della salute, definite anche nei regolamenti comunali per il rilascio delle autorizzazioni di pubblico spettacolo e di servizio, in relazione all’uso/abuso di sostanze.

## 2.2 Anziani e non autosufficienti

Le politiche locali devono orientarsi in via prioritaria a:

### *Promuovere l’agio:*

- promuovendo coesione sociale, attraverso strumenti informativi tesi alla promozione di comportamenti più sicuri e la riduzione dell’allarme sociale e la promozione di forme di aiuto e, in casi specifici, di tutela collettiva per gruppi di cittadini vittime di attività criminosa (assicurazioni collettive, ...);
- attivando programmi di contrasto alla solitudine anche attraverso la mobilitazione delle risorse di comunità e il contatto con la popolazione più a rischio e progetti di sostegno a distanza che utilizzano la telefonia sociale e ICT soprattutto in relazione alle emergenze ambientali (“ondate di calore” e altre emergenze energetiche o naturali).

### *Promuovere tutela e sicurezza:*

- operando scelte di mobilità orientate all’abbattimento delle barriere architettoniche e all’eliminazione di ostacoli (adattamento veicoli privati e pubblici) impedenti la fruibilità, l’accessibilità, la raggiungibilità delle strutture di servizio pubblico e privato e consolidamento dei progetti in tema di sicurezza stradale, per la riduzione dei rischi specifici (pedoni e ciclisti) che interessano questa popolazione; promuovendo accordi locali per la mobilità (anche in relazione ai prossimi accordi di programma tra Rer, Province, Comuni e Agenzie per la mobilità locale) e qualificando i progetti di trasporto sociale, in collaborazione con le organizzazioni del volontariato, per rispondere alle esigenze di mobilità delle fasce deboli in sicurezza e qualità del comfort;
- promuovendo l’accesso alle nuove tecnologie informatiche, telematiche e domotiche (telesoccorso, telesorveglianza, telemedicina, servizi sanitari a distanza...) per prolungare i tempi e la qualità delle autonomie delle persone e garantirne la permanenza al domicilio, anche migliorando interfacce e linguaggi ed opportunità di fruizione (aiuto e mediazione nell’utilizzo, acquisti facilitati...).

### *Promuovere salute:*

- attivando programmi di prevenzione di fattori di rischio fortemente problematici per persone fragili con articolare riferimento a programmi di prevenzione delle cadute al domicilio e altri incidenti domestici;
- promuovendo stili di vita sani (alimentazione, attività fisica, allenamento cognitivo) e contenendo l’uso dei farmaci attraverso azioni di educazione alla salute.



### Integrazione con altre politiche *Strumenti di pianificazione di riferimento*

Politiche della casa e assetto urbano: *PTCP - Vedi scheda n.6*

Rischio ambientale e uso razionale e sostenibile delle risorse: *PTCP - Vedi scheda n. 1*

Istruzione e formazione: *PTCP - Vedi Scheda n.4. Programmi regionali sui Servizi Socio-educativi prima infanzia, Programmi specifici per la formazione permanente e universitaria.*

Mercato del lavoro, formazione e flussi immigrazione: *PTCP - Vedi scheda n. 3. Piano territoriale provinciale per azioni di integrazione sociale a favore di cittadini stranieri immigrati.*

Qualificazione della struttura economica e promozione della economia della conoscenza: *PTCP - Vedi scheda n. 2*

Sistema della mobilità: *PTCP - Vedi scheda n. 7. Progetto STRIP.*

Offerta culturale e sportiva: *PTCP - Vedi scheda n. 5*

## 3

### Deboli, fragili e non autosufficienti: prendersi cura

I sistemi hanno compreso come la cura o l'assistenza debbano evolvere verso sistemi innovativi dove il "prendersi cura", l'aver attenzioni alle attese e ai valori, alla cultura di una persona e del suo contesto di riferimento diventano allo stesso tempo principi e criteri di azione orientati al rispetto, alla fiducia e alla reciprocità.

La gestione individuale dei singoli casi è un elemento chiave di questo modello di cura.

Le modalità intensive, continuative e personalizzate di gestione dei singoli casi sono in grado di migliorare la qualità della vita delle persone con malattie croniche o non autosufficienti.

Serve riconoscere le persone più deboli e vulnerabili, negoziare un piano assistenziale comune a più professionisti con compiti diversi ma convergenti, coordinare gli interventi attraverso le competenze di un "case manager" per anticipare e affrontare i problemi, evitando ulteriori complicanze e minimizzando le ricadute sul sistema sociale e sanitario dei servizi.

La sfida consiste nel favorire il passaggio da una logica di prestazione di servizi ad una logica di responsabilizzazione nei confronti dei bisogni della popolazione e nel definire modalità operative e di lavoro integrate in cui siano coinvolti tutti i livelli assistenziali e i "soggetti curanti".

Si presenta e si impone una nuova "etica della responsabilità" che interessa tutti i soggetti istituzionali e professionali che deve portare il sistema verso la cooperazione e l'integrazione delle sue parti in una sorta di "dato per scontato" che viene riconosciuto come base di partenza, valore comune, principio regolatore del proprio agire.

Sfida ancora viva e valida anche in ambiti (disabilità, non autosufficienza, dipendenze patologiche...) dove questi modelli sono già praticati ma che necessitano di nuova motivazione e sensibilità umane e professionali, oltre che di nuove metodiche e strumenti basati sulle evidenze scientifiche di provata sicurezza ed efficacia.

### 3.1 Famiglie con bambini, adolescenti e adulti in condizione di disagio

Per le famiglie con figli, per i bambini e ragazzi, specie quelli in condizione di svantaggio sociale, “deboli” e “fragili” ed ad alto rischio di devianza, con problemi sanitari rilevanti (disabilità, salute mentale) con scarse risorse per fronteggiare i propri compiti evolutivi, di cura e di accudimento sono da privilegiare:

#### *Famiglie in condizioni o a rischio di povertà:*

- gli interventi personalizzati nelle fasi più critiche di fragilità sociale, di accompagnamento verso situazioni di autonomia offrendo opportunità abitative, lavorative, economiche, di inserimento sociale e di relazioni positive, offrendo opportunità ancora più significative alle “seconde generazioni” che rappresentano realmente un ponte, un collegamento con la normalità, per interrompere una catena “ereditaria” di permanenza in condizioni di povertà socio-culturale.

#### *Donne e bambini:*

- la tutela della procreazione e della salute delle donne (con attenzione alle fasce vulnerabili: mamme sole e di recente immigrazione) al fine di garantire loro, anche attraverso il coinvolgimento diretto e responsabile del medico di famiglia e dell’ostetrica, oltre che dell’assistente sociale e dell’educatore professionale:
  - percorsi personalizzati di aiuto integrati da competenze sociali, sanitarie e del volontariato lungo tutto il “percorso nascita”: assistenza alla gravidanza, al parto, al puerperio e nella eventuale decisione di interrompere volontariamente la gravidanza;
  - offerta attiva di corsi di accompagnamento alla nascita e di interventi domiciliari di consulenza e supporto alla relazione madre-bambino e di sostegno all’allattamento al seno nelle prime settimane di vita dei neonati;
  - interventi educativi a tutela della maternità già nel corso dei primi anni di vita del bambino;
- per le mamme con problemi di salute mentale e di dipendenza patologica, la tutela dei figli lungo tutto il loro percorso di vita attraverso monitoraggi delle possibili deprivazioni, condivisi anche con le agenzie educative e la tutela della salute e delle condizioni di benessere delle mamme attraverso la promozione di percorsi di autonomia e “alleanze terapeutiche” che ne promuovano l’autoderminazione nella cura di sé;
- per le donne immigrate, la maggior tutela nei percorsi di screening dei tumori per aumentare l’adesione e la *compliance*;
- per le donne in età matura, garantire percorsi di sostegno e ascolto e di mutuo-aiuto nelle fasi di maggiore difficoltà nell’affrontare i problemi di salute insorgenti (menopausa, incontinenza urinaria, malattie oncologiche...) e le difficoltà sociali e psicologiche nell’affrontare i carichi familiari complessivi (verso i figli, verso i genitori anziani) che in questa fase della vita sono particolarmente onerosi;
- per i bambini, la tutela della loro salute nelle prime fasi della vita investendo sui fattori di protezione: preparazione alla nascita dei genitori, attaccamento familiare, igiene, copertura vaccinale, sostegno alle competenze genitoriali, diagnosi e interventi precoci del disagio condivisi tra sistema educativo, sociale e sanitario e proposti con offerta attiva;

- per i bambini e ragazzi soggetti a forme gravi di disagio sociale (devianze, soggetti a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria ...) e sofferenti a causa di patologie sanitarie (disturbi del comportamento, psicosi...), il consolidamento e la qualificazione del sistema di accoglienza e presa in carico multiprofessionale con approccio educativo e motivazionale e della rete delle strutture di accoglienza con funzioni riabilitative e di emergenza;
- per bambini, ragazzi e giovani con gravissime disabilità, anche acquisite a seguito di gravi traumi occorre consolidare la personalizzazione degli interventi sociosanitari, che privilegino la cura e il sostegno al domicilio e l'aiuto al *care giver*.

#### **Adolescenti e giovani:**

- la tutela e il supporto nelle situazioni più critiche della loro vita (affettività, conflittualità tra pari e con adulti, abbandoni scolastici, comportamenti a rischio, vittime di violenza, ...) e nella prevenzione dei fattori di rischio per la salute (screening contro le patologie tumorali, rapporti sessuali a rischio, patologie influenti sulla fertilità per i maschi...)
- la creazione di "spazi" dedicati specializzati di prossimità e interventi di strada per le fasce marginali che il sistema educativo, sociale e sanitario devono praticare, in particolare nell'ambito delle funzioni tutelari proprie dei servizi sociali e dei consultori, dei centri per le famiglie, dei servizi sociosanitari per le dipendenze patologiche e la salute mentale: spazi collegati fortemente al territorio e a soggetti già promotori di "azioni positive" (scuola, associazioni sportive, parrocchie, ecc) non connotabili come luoghi per "devianti" ("Spazio Giovani", Centri Giovanili, "Unità di strada").

#### **Adulti:**

- aumentare l'appropriatezza e l'efficacia nella presa in carico integrata nelle "aree di bisogno di confine" per le persone con disagio sociale (adulti disabili e con problemi di salute mentale) che devono trovare competenze distintive nella presa in carico sia sanitaria che sociale, ma anche inclusione in un unico processo personalizzato integrato di presa in carico;
- per adulti a forte marginalità sociale (carcerati ed ex-carcerati, devianza conclamata...), garantire l'assistenza sanitaria e sociale indispensabile alla riduzione del danno e alla prevenzione dei rischi per le comunità ospitanti, in condizioni di libertà (comunità di vita) o restrizione della stessa (carcere...);
- tutelare i diritti, sostenere la cronicità e ridurre lo stigma sociale verso le persone sieropositive.

Saranno opportune al proposito sottoscrizioni di patti, traducibili anche in protocolli d'intesa e percorsi operativi con chiara definizione delle aree di responsabilità, tra sistema sanitario, servizi sociali e scuola, in particolare per l'inserimento dei minori disabili, per il trattamento integrato dei disturbi dell'apprendimento (dislessie, disabilità sensoriali...), per il trattamento dei disturbi della condotta, per l'educazione alla salute, la promozione di stili di vita sani, l'educazione all'affettività e alla sessualità, il sostegno della genitorialità nel percorso di crescita e formazione dei figli, la prevenzione della violenza.

#### **Immigrati:**

- interventi a favore dei minori stranieri non accompagnati in quanto la loro elevata presenza è uno dei fenomeni principali connessi all'immigrazione nel nostro territorio;
- realizzazione in alcune classi elementari della provincia di percorsi interdisciplinari ed esperienziali per permettere agli alunni di realizzare collegamenti tra il loro mondo e "paesi" altri;

- sviluppo degli sportelli antidiscriminazione rivolto in particolare ai cittadini stranieri con consulenze legali, la messa in rete degli sportelli con i servizi già esistenti sul territorio;
- sostegno e promozione delle associazioni promosse da cittadini stranieri, centri di aggregazione e reti informali; in particolare, elaborazione di strategie di rafforzamento delle relazioni nel contesto locale tra associazioni stranieri e i soggetti del tessuto sociale;
- sviluppo dell'Osservatorio sull'immigrazione, all'interno del più ampio Osservatorio delle Politiche sociali.

### 3.2 Anziani e non autosufficienti

Su questa popolazione sono incentrate molte politiche di innovazione e sviluppo, formalizzate in diversi piani sociali e sociosanitari, tra questi i Piani Distrettuali per la Non Autosufficienza.

Oltre alla garanzia di una offerta assistenziale adeguata di tipo residenziale e semiresidenziale per le situazioni di maggior fragilità e vulnerabilità sanitaria e sociale che è stata affermata in diverse occasioni programmatiche, interessa qui selezionare le politiche che più di altre rappresentano una sfida per tutto il sistema delle cure:

1. lo sviluppo delle forme di sostegno alla domiciliarità (che riguarda una pluralità di soggetti e una pluralità di politiche e non si esaurisce con l'attivazione e/o il potenziamento di servizi domiciliari) attraverso tutte le forme già individuate nei Piani per la Non Autosufficienza.
2. il sostegno del *care giver* e delle reti informali ("aiutare chi aiuta") - attraverso tutte le forme di sostegno - economico, informativo, formativo, consulenziale, tutelare, ecc. - per poter mobilitare tutte le risorse della rete sociale, consolidando e professionalizzando il mercato sociale e integrandolo nel sistema delle cure attraverso l'emersione e la qualificazione dell'assistenza familiare privata (Assistenti Familiari)

Le politiche locali devono pertanto orientarsi a sviluppare diverse linee di azione convergenti per la sostenibilità di queste politiche, in particolare si dovrà:

#### **Fragili**

- individuare e monitorare le persone fragili (disabili, anziani, persone con problemi di salute mentale) secondo parametri sanitari (malattie, comorbilità), sociali (solitudine, assenza di reti sociali e di cura, isolamento, barriere culturali ed architettoniche...) e psicosociali (capacità di fronteggiare le avversità e le crisi, percezione del rischio e/o della sicurezza, ecc.) per poter operare selettivamente in fasi precoci e anticipare i rischi per la loro salute.

#### **Non autosufficienti**

- consolidare l'assistenza domiciliare integrata rivolta alle popolazioni con patologie croniche e non autosufficienti con l'apporto dei medici e degli infermieri di famiglia, supportate dal sistema di assistenza sociale e psicologica in particolare rivolta ad utenti in fase terminale o in particolari condizioni di deterioramento delle condizioni di salute (demenze);
- offerta attiva, sulla base di un programma di intervento, di controlli periodici a singoli o a gruppi mirati di popolazione con gravi malattie croniche, pluripatologie, malattie oncologiche da parte di medici di famiglia e personale infermieristico opportunamente formato (modelli di presa in carico delle patologie croniche) e organizzato (NCP);

- consolidare i sistemi di dimissione protetta dagli ospedali garantendo percorsi di accesso e presa in carico continuativa attraverso “programmi terapeutici” adeguati e una organizzazione multiprofessionale (Punto Unico di Accesso) privilegiando il luogo di cura al domicilio delle persone e soluzioni temporanee in strutture protette;
- raggiungere l’equilibrio della rete assistenziale *long term* in tutti i territori, consolidando l’equilibrio del sistema dell’offerta fino ai valori medi regionali di copertura, trasformando le RSA in CP/RSA e rendendo le strutture polifunzionali (insieme di funzioni di residenzialità protetta, di attività di cura e assistenza diurna, di residenzialità a media e bassa intensità assistenziale come ad esempio gli appartamenti protetti) secondo il programma concordato in sede di Comitati di Distretto;
- qualificare la rete dei servizi residenziali attraverso un esteso piano di miglioramento della qualità delle strutture, organizzativo-gestionale, relazionale, di qualità degli ambienti comuni di vita (spazi comuni, zone verdi) e di personalizzazione dell’offerta; elevati standard di qualità nelle condizioni di salubrità e sicurezza devono essere mantenuti nel tempo anche laddove già presenti;
- consolidare la rete delle cure post-acuzie ospedaliere (lungodegenze) qualificandole in funzione dei compiti di riabilitazione e assistenza e personalizzando e consolidando i percorsi di dimissione verso il domicilio;
- migliorare la *compliance* degli utenti per ridurre i consumi inappropriati di farmaci, anche responsabilizzando i responsabili clinici (prescrittori) e assistenziali (personale infermieristico).



#### Integrazione con altre politiche *Strumenti di pianificazione di riferimento*

Contrasto povertà: *Programmi specifici Provinciali*

Lotta alla discriminazione: *Programmi specifici Provinciali*

Immigrazione: *Provincia di Ravenna, Piano territoriale provinciale per azioni di integrazione sociale a favore di cittadini stranieri immigrati*

Tutela Infanzia e adolescenza: *Programmi provinciali per la promozione di politiche di accoglienza e tutela infanzia e adolescenza*

Contrasto della violenza: *Programmi specifici Provinciali*

Politiche sociosanitarie rivolte agli anziani: *Piano Azione Regionale (PAR)*

Politiche educativo-formative: *PTCP, Programmi regionali sui Servizi Socioeducativi prima infanzia. Vedi scheda n. 2*

Politiche sanitarie: *Piano Attuativo Locale (PAL); Indirizzi regionali sulle Tossicodipendenze, sulla Salute Mentale; sulla Prevenzione; sulla programmazione annuale delle Ausl.*

## 4 Il sistema dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari: innovazione e sviluppo

In considerazione delle valutazioni espresse nella prima parte del presente documento, le aree sulle quali concentrare le attenzioni nel prossimo triennio sono le seguenti:

1. il sistema di accesso e presa in carico
2. il sistema a rete dei servizi
3. la riabilitazione sociosanitaria
4. i sistemi ICT (*Information Communication Technology*)
5. la formazione e l'aggiornamento
6. la valutazione e la rendicontazione sociale

### 4.1 Investire nel sistema di accesso e presa in carico

L'accoglienza della domanda esplicita o implicita ovunque venga presentata e l'accompagnamento del cittadino al luogo in cui può essere meglio soddisfatta sono caratteristiche fondamentali di una efficace politica dell'accesso<sup>20</sup>.

Ogni punto dell'accesso alla rete dei servizi deve essere in grado di effettuare una accurata valutazione della domanda e di collegarsi con gli altri snodi per garantire la personalizzazione del progetto e la integrazione degli interventi. Significa saper coinvolgere tutti gli attori, prevedere forme di accesso a misura dei bisogni degli utenti: accessi diretti, mediati, facilitati e urgenti; essere attivi per le categorie che con maggiore difficoltà accedono spontaneamente al servizio; specificare in che modo ed in quale misura può essere garantita la libertà di scelta.

Oggi, la specializzazione e la complessità dei servizi rende sempre più difficile per il cittadino identificare correttamente riferimenti e modalità per l'accesso ai servizi. Inoltre, i sistemi di accesso ai servizi e i sistemi di presa in carico, come già riferito, non sono sufficientemente supportati da modelli, metodi, strumenti e risorse utili a garantire un accesso personalizzato e a individuare le responsabilità in gioco nell'attività interprofessionale soprattutto in presenza di casi e gruppi di popolazione che necessitano di presa in carico continuativa. Manca anche una vera prospettiva di azione orientata alla proattività nell'accesso e presa in carico che aiuti le persone ad ottenere i servizi di cui hanno bisogno senza doversi attivare e comporre personalmente i diversi passaggi da una fase/servizio all'altra/o. I nostri servizi socio-sanitari sono ancora impreparati a - o non hanno ancora una sufficiente esperienza per - "lavorare per processi"; tendono a non essere centrati-orientati a un risultato comune ed è per questo che funzionano ancora secondo il modello delle "canne d'organo" (ognuno per le proprie competenze esclusive e specialistiche) sia al proprio interno sia, in special modo, quando devono integrarsi sul piano organizzativo e professionale.

Occorre, allora, un sistema centrato sul cittadino, che trovi risposta attraverso i meccanismi interni alla presa in carico, sia attraverso forme organizzate di tutela esterna (*advocacy*), capace di portare vero valore aggiunto al sistema dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari.

<sup>20</sup> Una prospettiva di questo tipo, già presente in diversi servizi sociosanitari è stata recentemente proposta dalla RER anche per la Salute mentale (RER, *La politica di Salute Mentale in Emilia-Romagna - Piano attuativo 2007-2009*).

Gli investimenti prioritari (culturali, professionali, organizzativi ed economici) riguardano:

- le risorse da dedicare agli Sportelli Sociali, in modo da configurarli sempre più come vere “porte di accesso” al sistema sociale e sociosanitario, capaci di informazione, orientamento, consulenza esperta, analisi della domanda, della soddisfazione dell’utenza e prima presa in carico, in rete con i servizi di base e specialistici degli EE. LL. e della Ausl;
- le risorse da dedicare alla “prima linea” costituita dagli operatori sociali e sanitari deputati a garantire una accoglienza professionalmente qualificata, in ambienti organizzati secondo caratteri di umanizzazione e personalizzazione dell’ascolto e della presa in carico. Sono da considerare organiche al sistema di presa in carico anche le risorse relative alla “mediazione culturale” che, accanto a un approccio interculturale dell’accoglienza sappia qualificare l’ascolto in tutte le sedi, sociali e sanitarie, al domicilio e in ospedale, dedicate alla cura e all’assistenza;
- il ridisegno dei processi assistenziali che interessano bisogni complessi sulla base del modello del *case e disease management* in tutte le organizzazioni sociali, sociosanitarie e sanitarie, territoriali e ospedaliere, affinché la responsabilità clinica e assistenziale dei vari professionisti coinvolti possa essere agita accanto a quella gestionale, affidata a “manager” appartenenti a diverse categorie professionali con il compito di coordinare i vari professionisti ed essere di riferimento per gli utenti in tutte le fasi del processo assistenziale fino al risultato finale, a garanzia della esigibilità dei diritti di cura e assistenza, della continuità assistenziale e dell’integrazione professionale fra i soggetti deputati alla cura e assistenza;
- la garanzia di equità nell’accesso alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie:
  - superando la logica delle “liste d’attesa” nell’ambito dei servizi sociosanitari per affermare invece quella della presa in carico attraverso un “progetto personalizzato di vita e di cura” che accompagna l’utente nella scelta delle opportunità assistenziali più appropriate;
  - rispettando le condizioni di esigibilità delle prestazioni sanitarie, sia specialistiche che di ricovero nei tempi e nei modi stabiliti (certezza dei tempi di accesso alle prime visite e ai trattamenti successivi e appropriatezza prescrittiva), garantendo trasparenza, informazione ed educazione agli utenti ai fini di una scelta consapevole;
  - migliorando le condizioni di accessibilità ai servizi sociosanitari e sanitari nelle zone più periferiche della provincia in funzione dell’equità di accesso investendo le risorse necessarie allo scopo;
- la formazione dei professionisti, estesa al sistema sociale, sanitario ed educativo, sui modelli di *case e disease management*, dell’ “offerta attiva” e dell’interculturalità per superare modelli centrati sull’ “attesa” e sulla prestazione;
- la funzione di *advocacy* da costruire con il supporto di tutte le risorse attive di una comunità partecipe (Comitati Consultivi Misti, Forum di Associazioni, Amministratori di sostegno...).

## 4.2 Investire nel sistema a rete

Il sistema a rete dei servizi è ancora debole sul piano del modello e degli strumenti, ivi inclusi quelli tecnologici.

La rete assistenziale, soprattutto nell'area socio-educativa e socio-sanitaria, non sembra avere le caratteristiche adeguate per reggere le sfide che si stanno presentando, soprattutto in alcune aree di bisogno: intercettazione preventiva, multiproblematicità, processi di riabilitazione sociale, cronicità, non autosufficienza.

La rete sanitaria, anche per quanto riguarda i servizi territoriali, si è orientata da tempo verso nuovi modelli di integrazione in grado di comporre le ragioni di prossimità e di accessibilità dei servizi con quelli dell'efficacia e dell'efficienza, di evitare inutili ripetizioni di servizi e di garantire, allo stesso tempo, la possibilità di produrre anche segmenti di specializzazione distintiva in vari nodi della rete. Le reti attive su ambiti extra aziendali sono costruite sul modello "Hub e Spoke" e stanno portando il sistema a un nuovo equilibrio in grado di evitare ridondanze, garantendo interventi diversificati per ordine di complessità dei bisogni e del sistema delle cure.

Si tratta di investire quindi prioritariamente su:

- Sperimentazioni di reti "gerarchiche" cooperanti tra sistemi pubblici in aree specifiche di intervento sociosanitario e per popolazioni target selezionate; tra queste segnaliamo: l'area della disabilità infantile e adulta; l'area delle famiglie multiproblematiche; l'area dell'immigrazione. La rete deve garantire attraverso accordi formalizzati (protocolli di intesa e di lavoro; accordi-quadro, convenzioni...) l'insieme delle risposte assistenziali secondo un modello di integrazione che riconosca le "gerarchie" tra i soggetti e le loro specifiche responsabilità (distinguendo tra responsabilità di "guida" o di collaborazione, di intervento di base o specialistico, di primo o secondo intervento, ecc.).
- Consolidamento di reti paritarie "policentriche" con coinvolgimento di diversi sistemi (sociale, sanitario, educativo, non profit formale e informale) tra loro dialoganti; tra queste segnaliamo: la rete degli inserimenti lavorativi di popolazioni svantaggiate; la rete delle strutture socioassistenziali e sociosanitarie della salute mentale, della disabilità e della non autosufficienza; la rete delle strutture delle dipendenze patologiche; la rete dei servizi nella primissima infanzia; le reti nell'area del disagio (abuso di sostanze, altri comportamenti a rischio) per intercettare il bisogno e intervenire precocemente e consentire una presa in carico tempestiva ("le persone giuste, nel momento giusto, nel posto giusto"). Per rendere efficace ed efficiente il funzionamento di queste reti dobbiamo saper "alimentare" i vari nodi della rete attraverso una manutenzione continua del sistema che assicuri conoscenza e condivisione, e strutturato con una "regia" ben definita e riconosciuta da tutti i soggetti-nodi della rete; i soggetti della rete ridefiniscono, anche sulla base di criteri nuovi di azione o di nuova strumentazione e metodologia, i propri processi di assistenza e di cura secondo un puntuale programma (e relative responsabilità) previsto nell'ambito di procedure e protocolli operativi, vere e proprie "cornici di garanzia" per tutta la rete che servono a non dissipare le energie del sistema.
- Consolidamento dei modelli di gestione con separazione delle funzioni di gestione da quelle di governo, rafforzando queste ultime sul piano tecnico-professionale (gli "Uffici" di supporto agli organismi di governo locali: Comitati di Distretto e CTSS) in modo tale da poter agire responsabilmente le funzioni di programmazione, regolazione, committenza e controllo e di "tenere a governo" tutti i soggetti con funzioni gestionali (Servizi associati, Consorzi, ASP con funzioni delegate) e di erogazione di servizi (ASP con funzioni di erogatori, servizi garantiti da partners e fornitori dell'area non profit, Fondazioni, privato).

### 4.3 Investire nella riabilitazione

La riabilitazione interessa diverse popolazioni che sono considerate vulnerabili e deboli come la popolazione con disabilità o con problemi di salute mentale e dipendenza patologica.

Lo scopo della riabilitazione sociosanitaria è aiutare gli utenti ad ottenere e mantenere un ruolo sociale negli ambienti reali della comunità, analogamente ad un qualsiasi altro cittadino.

Si tratta di un processo complesso che interessa tutte le fasi della vita e a volte la vita intera di una persona. Interessa anche, generalmente, una molteplicità di soggetti che hanno responsabilità diverse di cura e assistenza: la persona-utente, la sua famiglia, il sistema sociale, il sistema educativo-formativo, il sistema sanitario, le istituzioni pubbliche, la comunità e le sue risorse.

La presa in carico è di tipo continuativo, intensiva ed estensiva a seconda delle fasi del trattamento; richiede multidisciplinarietà e interprofessionalità.

La presa in carico riabilitativa non può che centrarsi sull'assunzione delle responsabilità degli interventi sulle più importanti disfunzioni che l'utente manifesta nelle principali aree di vita (lavoro, cura di sé, abitazione, famiglia, vita sociale e ricreativa). Ne consegue che gli operatori devono lavorare in équipe riabilitative sociali e sanitarie dove si formulano piani di trattamento individuale, si forniscono supporti per tutto il tempo necessario negli ambienti reali, si lavora in stretto contatto e sinergia con operatori appartenenti ad altri sistemi (pubblici e non profit) con compiti e responsabilità diverse.

Gli utenti hanno bisogno, in questo processo di supporti fisici (accompagnare l'utente); supporti emotivi (aiutare l'utente ad affrontare le difficoltà incontrate nel percorso di reinserimento sociale), supporti dei pari e dei familiari, facilitazioni e aiuti negli ambienti in cui si realizza il processo riabilitativo (tutoraggio nei luoghi di lavoro, sedi di scolarizzazione o socializzazione...); di una comunità sensibilizzata nei confronti di eventuali inserimenti degli utenti, reperendo e attivando risorse che favoriscano l'aumento della loro articolazione sociale.

Gli investimenti da realizzare riguardano:

- la diffusione, anche tramite formazione condivisa, delle metodologie e della strumentazione professionale più accreditata dalla comunità scientifica, per realizzare piani personalizzati efficaci e migliore qualità della vita alle persone interessate ai processi di riabilitazione;
- la formalizzazione di puntuali accordi di programma e protocolli operativi, fondati sulle evidenze e le migliori pratiche, fra tutti i soggetti implicati che disegnano le traiettorie di cura e di servizio e definiscano i sistemi di riferimento e le responsabilità a garanzia della qualità degli interventi resi da tutti i soggetti;
- la valutazione integrata degli esiti, curata dai diversi soggetti coinvolti nei progetti riabilitativi;
- il coinvolgimento della comunità "che si prende cura" responsabilmente delle persone offrendo risorse specifiche a sostegno dei processi di inserimento e re-inserimento.

## 4.4 Investire in ICT

E' ancora poco strutturato un vero investimento in forme innovative di comunicazione e informazione (ICT) capaci di rinforzare il sistema di cura e assistenza e di innovarlo, anche verso forme di assistenza a distanza (*e-care*).

Si tratta di operare un deciso e continuativo investimento:

- nel sistema informativo-informatico integrato tra sociale e sanitario e tra sociale e altri sistemi ad esso prossimi (educativo-formativo, ecc.) al fine di migliorare la capacità di lettura integrata delle informazioni in possesso ai vari soggetti istituzionali, di "tracciare" gli utenti in carico, di scambiarsi informazioni e conoscenze, di monitorare i risultati, di migliorare l'accesso alle informazioni da parte di personale operante in zone disagiate o distanti dalle sedi principali;
- in ICT e in servizi *e-care* per ridurre i disagi a carico del cittadino (refertazioni a domicilio, messa in rete delle refertazioni sanitarie, disponibilità di informazioni sui rischi presso le unità medico-sociali...) e per monitorare le persone che abbisognano di cure o sono a rischio di fragilità sanitaria e sociale (telesoccorso, telesorveglianza e telemedicina).

## 4.5 Investire in formazione e aggiornamento

La formazione, quale leva strategica, deve essere prevista a supporto di ogni programma di azione e progetto di innovazione.

In particolare deve essere agita:

- a. con approccio integrato, coinvolgendo fin dalle fasi di progettazione sia il sistema sociale che sanitario, istituzioni e imprese e enti privati;
- b. esteso a professionisti che operano in altri ambiti prossimi e integrati con le politiche sociali e sanitarie (istituzioni educativo-formative, ma anche - ad esempio - l'urbanistica, per arricchire le competenze in merito alla progettazione di tipologie abitative flessibili e confortevoli, di ambienti urbani, infrastrutture, spazi verdi e trasporti in un'ottica di piena accessibilità e sicurezza);
- c. esteso a professionisti della comunicazione e dell'informazione per sviluppare tecnologie innovative, in particolare nell'ambito dell'*e-care*.

Nei processi di cambiamento, le aree strategiche prioritarie dove la formazione è fattore critico di successo sono:

- lo scenario in evoluzione sui sistemi di *welfare* e sui sistemi e modelli organizzativi; in specifico:
  - l'evoluzione dei sistemi di *welfare* e i nuovi modelli di *governance*;
  - l'integrazione delle politiche;
  - i modelli organizzativi, scelti localmente, sul loro governo e sul loro funzionamento;
  - sistemi di pianificazione e programmazione, di valutazione e controllo, di regolazione;
  - i sistemi informativi a supporto delle decisioni e i sistemi di rendicontazione sociale;
  - la responsabilità sociale delle organizzazioni pubbliche e private.
- le acquisizioni scientifiche e tecnologiche e il loro impatto sociale e sul sistema dei servizi;

in specifico:

- le nuove acquisizioni scientifiche (EBM, EBP, Medicina narrativa, ecc.) e tecnologiche (domotica, ausili tecnologici - *assistive technology*, ICT, ecc.);
  - gli approcci alla complessità dei sistemi (continuità/discontinuità, l'apprendimento organizzativo, i sistemi reticolari, il cambiamento e l'innovazione, l'inatteso ...) e loro applicazioni;
  - i cambiamenti nell'area dei diritti e dell'etica e la loro influenza sul sistema sociale e sul sistema professionale e dei servizi;
  - le implicazioni sociali e professionali dell'evoluzione dei sistemi culturali e della multiculturalità.
- l'ambito delle competenze professionali comuni; in specifico:
- la lettura multidimensionale dei bisogni, della domanda e dei consumi;
  - le funzioni di accesso e di presa in carico: l'assunzione di responsabilità nei processi assistenziali personalizzati, il case e disease management;
  - la relazione con l'utenza e le funzioni di counseling;
  - la mediazione sociale, la mediazione dei conflitti
  - l'approccio proattivo e comunitario (offerta attiva di servizi, medicina di iniziativa, offerta di prossimità, autocura e auto-mutuo aiuto, promozione empowerment e sostegno di rete...)
  - l'approccio al lavoro per processi e al lavoro di rete;
  - l'approccio al miglioramento continuo;
  - il benessere lavorativo.

## 4.6 Investire in valutazione, rendicontazione sociale e qualità

La valutazione dei processi e dei risultati, inclusi gli esiti di salute e le condizioni di benessere, e la rendicontazione sociale, presente e diffusa in molte organizzazioni pubbliche e private deve diventare condizione imprescindibile nei processi di pianificazione e programmazione, condizione anche di consolidamento della credibilità e reputazione sociale delle singole organizzazioni e di tutto il sistema di governo e gestione.

Per rendicontare il nostro operato, per poterlo far valutare dai fruitori (renderlo "contabile"), per far conoscere e far accedere ai servizi in maniera veloce e certa, i sistemi di valutazione e rendicontazione sociale devono essere strutturati avendo cura di renderli leggibili e fruibili da diversi soggetti, "addetti ai lavori" e non.

Risulta prioritario:

- strutturare un sistema di valutazione da condividere trasversalmente a livello provinciale e tra servizi zonali/distrettuali sia con riguardo ai processi di pianificazione che ai risultati, anche avvalendosi di "cruscotti" di indicatori e di sistemi di auto-valutazione; in specifico relativamente a:
  - gli interventi per la non autosufficienza;
  - gli interventi al alta partecipazione di soggetti istituzionali e non (es: rete servizi sociosanitari ed educativi nella prima infanzia).

- avviare un sistema allargato a tutti i soggetti della rete sociosanitaria e sanitaria, anche in forme autonome, di miglioramento continuo della qualità secondo i criteri e processi propri dell'accREDITamento, del governo clinico e assistenziale, del miglioramento continuo utilizzando le metodologie più riconosciute e apprezzate a livello regionale, nazionale o internazionale; in specifico e prioritariamente si dovrà avviare processi riguardanti:
  - la rete delle strutture semiresidenziali e residenziali *long-term* per non autosufficienti, disabili e con problemi di salute mentale;
  - i servizi sociali, sociosanitari e sanitari in ambito domiciliare.
- rendere stabile e continuativo un sistema diffuso di valutazione della qualità percepita, che deve interessare tutti i gestori-erogatori di servizi e gli organi di governo; in specifico si auspica la sperimentazione di:
  - Indagini sulla “Qualità della Vita” capaci di coniugare le valutazioni di qualità percepite dai soggetti fruitori dei servizi con quelle tecnico-professionali proprie degli erogatori, anche attivando collaborazioni con altre realtà regionali e in affiancamento alla attività dell’Agenzia Sanitaria e Sociale regionale; sono campi di indagine possibili: patologie sanitarie di particolare incidente e rilievo per la salute (scompenso cardiaco, ictus, frattura di femore...), interventi sociosanitari ad alta intensità territoriali e residenziali per non autosufficienti (interessando contestualmente utenti e loro famiglie), per utenti della salute mentale e tossicodipendenti, disabili, ecc.;
  - Indagini di soddisfazione, in particolare per gli interventi innovativi e sperimentali;
  - Indagini rivolte a tutte le popolazioni sulla percezione dello stato di salute, della QdV, della sicurezza e della soddisfazione relativamente ai servizi erogati.
- rendicontare secondo le logiche dei “Bilanci Sociali o di Missione” sia i risultati ottenuti nell’ambito della pianificazione poliennale, sia di quella annuale.
- rendere disponibile una “Carta dei Servizi” per ogni servizio e struttura erogante con esplicite garanzie e impegni verso utenti, familiari e comunità.



#### Integrazione con altre politiche *Strumenti di pianificazione di riferimento*

Qualificazione della struttura economica e promozione della economia della conoscenza: *PTCP - Vedi scheda n. 2 Piano Telematico Regionale.*

Istruzione e formazione: *PTCP - Vedi Scheda n. 4 Programmi specifici per la formazione permanente e universitaria.*

## 5

### Gli indirizzi per la non autosufficienza: principi guida

Nell'ambito degli "Orientamenti della CTSS per la gestione del Fondo per la Non autosufficienza", si è sostenuto che la priorità assoluta nell'utilizzo delle risorse aggiuntive nel triennio è rappresentata dallo "sviluppo equilibrato della rete, in termini di consolidamento, ampliamento, articolazione, qualificazione e dal potenziamento degli interventi di quelli che sostengono le famiglie ed il mantenimento a domicilio delle persone non autosufficienti".

Nel prossimo triennio, la programmazione locale per garantire il raggiungimento di questo obiettivo deve informarsi ai seguenti "principi guida" da rendere organici ai nuovi Piani di Zona per il benessere e la salute:

1. rispetto delle indicazioni regionali sia con riguardo alle opzioni metodologiche che agli aspetti di merito, ivi incluse l'impegno di mantenere costante gli investimenti già garantiti in passato;
2. considerare le risorse complessive del Fondo (diverse fonti di finanziamento) quando si programmano e quando si rendicontano gli interventi per rendere efficace e insieme trasparente il sistema delle prestazioni, delle risorse impiegate e dei risultati attesi e raggiunti;
3. raggiungere tutta la popolazione non autosufficiente eleggibile per l'assistenza sociale e sociosanitaria. In questo senso, in coerenza con le indicazioni regionali, particolare attenzione deve essere posta, oltre che alla popolazione anziana, alle popolazioni con disabilità gravi e gravissime, minori e adulti, e con problemi di salute mentale;
4. operare un deciso investimento nelle attività di sostegno al domicilio per cercare un nuovo punto di equilibrio nel sistema di cura e assistenza tra servizi domiciliari e servizi long-term di tipo residenziale;
5. orientarsi al sostegno del *care giver* e delle reti di sostegno informali ("aiutare chi aiuta") deve essere un principio fondante, da riaffermare, per poter mobilitare tutte le risorse disponibili e renderlo operativo anche rivedendo le regole di accesso e fruizione dei servizi da parte dell'utenza;
6. orientarsi a consolidare il sistema di monitoraggio sanitario e sociale della fragilità per intervenire anticipatamente e proattivamente, anche con servizi a distanza (*e-care*), sulla parte di popolazione più a rischio sia sotto il profilo sanitario (rischio di ricovero ospedaliero, di aggravamento delle malattie...) che sociale (isolamento, solitudine...);
7. innovare il sistema accesso e presa in carico per garantire equità e omogeneità di trattamento a tutti i cittadini; devono essere trovate soluzioni che rendono più semplici e garantiti l'accesso ai servizi e la continuità della cura e assistenza. Tutte le persone devono poter contare su "progetti personalizzati di vita e di cura" che garantiscono loro l'accesso flessibile a diverse opportunità, prima fra tutte quelle che si realizzano al domicilio;
8. consolidare il sistema informativo, nelle aree più critiche (anziani e disabili adulti) e in quelle che hanno potenzialità tali da garantire processi di integrazione tra sociale e sanitario che permetteranno letture integrate dei dati e delle informazioni (area minori con area minori disabili e area salute mentale adulti e tossicodipendenze).



Parte quarta

*Indirizzi  
per il Piano  
Attuativo  
Locale*

## 1 Indirizzi per il Piano Attuativo Locale 2009-2001

Il PAL 2004-2006 ha messo un'enfasi particolare sugli aspetti strutturali e di distribuzione territoriale dei servizi. Ciò trovava giustificazione nella necessità da un lato, di ripensare i limiti di modernizzazione caratterizzanti la struttura dell'offerta, dall'altro, di consolidare l'unitarietà aziendale dei tre distretti.

Oggi che la quasi totalità degli interventi previsti sono stati conclusi e/o attivati (quelli residui che si trovano ancora in condizione di attesa sono indipendenti dalla volontà dell'Azienda, come ad esempio l'ala est dell'ospedale di Faenza), l'enfasi va spostata sul modo in cui si produce l'assistenza, ovvero il "software" di un sistema piuttosto che il suo "hardware".

L'Azienda Usl di Ravenna dovrà continuare quindi nell'impegno degli ultimi anni teso a garantire uno sviluppo equo e sostenibile del sistema delle cure, attraverso il processo di riorganizzazione e qualificazione della struttura dell'offerta, in una logica di interdisciplinarietà, integrazione e sviluppo delle competenze professionali.

Tale obiettivo trova il suo presupposto in alcuni principi fondanti l'azione complessiva dell'Azienda Usl di Ravenna, tra gli altri:

### □ *Centralità della persona da assistere*

Promuovere la massima e qualificata prossimizzazione dei servizi resi, che devono essere sempre più capaci di accogliere la persona nella sua globalità, e far sì che il concetto di "curare" sia definitivamente scalzato dal concetto di "prendersi cura", in un continuum diagnostico terapeutico assistenziale e riabilitativo tra i diversi livelli di assistenza; garantire la massima responsività (tempestività nella risposta e reattività rispetto alla domanda di salute e cura) nei confronti delle persone da assistere.

### □ *Flessibilità e adattamento*

I comportamenti e le modalità di erogazione delle prestazioni (reattività del sistema) devono costantemente adeguarsi alle necessità della popolazione di riferimento, rendendo specifica e sensibile l'azione e l'intervento al bisogno assistenziale ed alle sue evoluzioni.

### □ *Omogeneità e diversificazione*

Il sistema dei servizi deve essere differenziato per mandati e per risposte assistenziali in essi prevalenti, e integrato in un insieme di relazioni focalizzate sulla persona, al fine di evitare duplicazioni inutili. Il piano dei servizi distrettuali deve essere pensato sulla base di criteri di accessibilità e disponibilità delle risorse omogenei sull'intero territorio provinciale, in modo tale da assicurare la massima razionalità distributiva delle sedi erogative, uniformando le potenzialità assistenziali dei servizi a larga diffusione e concentrando i servizi specialistici su bacini più vasti in funzione della garanzia di equità (pari servizi a parità di bisogni).

### □ *Articolazione distrettuale*

Occorre sviluppare l'articolazione distrettuale del governo aziendale, consolidando il ruolo dei Distretti quale scelta strategica per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria e per la rete clinica delle cure primarie, e rafforzando le relazioni con il Comitato di Distretto da una parte, coi Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta dall'altro; ai Distretti dovrà essere garantita piena autonomia, anche assegnando loro le risorse necessarie secondo puntuali criteri distributivi.

#### □ **Rete integrata**

Il sistema riconosce il principio delle sussidiarietà orizzontale e della programmazione negoziata, governata attraverso il sistema dell'accreditamento e dei contratti di fornitura coi produttori privati accreditati, allo scopo di sviluppare processi di miglioramento dell'efficacia, dell'appropriatezza e dell'efficienza; il principio delle reti intergrate è orientato a migliorare altresì il rendimento dei servizi alla persona delle risorse mobilitate.

In particolare ed in continuità con il PAL 2004-2006, consideriamo prioritarie politiche e azioni che innovano e sviluppano:

1. il sistema di accesso e presa in carico
2. il sistema di cura e assistenza al domicilio;
3. il sistema di cure *long-term*;
4. la strutturazione dell'assistenza primaria;
5. il governo unitario dell'ospedale
6. la riabilitazione sanitaria e sociosanitaria nella salute mentale;
7. la continuità assistenziale tra territorio e ospedale;
8. la sanità pubblica: il lavoro sui problemi prioritari di salute.

Le parole-chiave sono:

- efficacia ed appropriatezza
- accessibilità
- continuità
- globalità
- responsività
- equità
- efficienza
- economicità
- sostenibilità

Nel prossimo PAL si dovranno allora declinare in modo particolare le aree di azione su indicate, attivando una partecipazione diffusa dei professionisti e delle istanze sociali anche attraverso gli organi e organismi di cui l'Ausl di Ravenna si avvale nell'ambito dell'ordinaria attività di gestione e governo, tra i quali, il Collegio di Direzione, il Collegio delle Professioni, il Comitato Consultivo Misto. Il coinvolgimento dei professionisti della sanità lungo tutto il percorso di programmazione riveste un ruolo fondamentale per garantire il consenso necessario all'attuazione delle politiche e delle scelte operative che si dovranno operare in futuro, di concerto con le amministrazioni locali.

La preparazione del PAL dovrà altresì inglobare le politiche di coordinamento e di integrazione da attivare nel contesto dell' Area Vasta Romagna. A questo proposito sarà opportuno un confronto allargato in quella sede (coordinamento Direzioni generali, Collegi di Direzione delle Ausl di Area Vasta).

## **1.1 L'assistenza ospedaliera**

A livello ospedaliero si dovrà completare il governo unitario della rete dei servizi sanitari del nostro territorio per realizzare maggiore integrazione e quindi migliore qualità dei servizi e delle competenze professionali, migliore utilizzo delle risorse ed infine migliore, nonché

equità di trattamento e di accesso alle cure per cittadini. Ciò prevede nello specifico:

1. l'integrazione della rete ospedaliera imperniata sui tre presidi di Ravenna, Faenza, Lugo, ognuno dei quali deve rimanere punto di riferimento della popolazione distrettuale per l'insieme delle prestazioni specialistiche di base (autosufficienza distrettuale). L'assetto organizzativo deve essere fondato sull'appropriatezza, sull'efficacia e sull'efficienza. L'organizzazione dipartimentale deve coniugarsi con la presenza di un adeguato governo di presidio;
2. la concentrazione presso una unica sede erogativa delle sole prestazioni o servizi che rispondono a bisogni rari in termini di scarsità di casistica oppure delle prestazioni che richiedono un sistema tecnico sofisticato ad elevato costo di investimento e mantenimento (III livello). Le sedi sulle quali concentrare questi servizi sono individuate nei tre presidi ospedalieri.
3. l'integrazione progressiva e di sussidiarietà tra pubblico e privato accreditato, in una scelta che vede nel contratto/accordo uno strumento efficace di gestione dei rapporti di partnership ai diversi livelli, volto a favorire il rapporto cittadino - strutture sanitarie, promuovendo e valorizzando la collaborazione tra i diversi soggetti produttori, allo scopo di sviluppare processi di efficienza, efficacia e appropriatezza. L'accoglimento del modello organizzativo integrato pubblico/privato richiede il riconoscimento della vocazione produttiva prevalente espressa da ciascun erogatore:
  - a. Ruolo di prossimità: l'ospedale presta l'assistenza di ricovero agli aggregati di popolazione che risiedono nell'ambito di un determinato territorio, con l'obiettivo di assicurare adeguate condizioni di autosufficienza per le funzioni di base a larga diffusione (medicina generale, chirurgia generale, oculistica, post acuti e lungodegenza, riabilitazione estensiva).
  - b. Ruolo di integrazione quantitativa: l'ospedale presta la sua assistenza di ricovero integrando con la sua produzione quella garantita dal fornitore pubblico, relativamente ad un service -mix variegato e polispecialistico, prevalentemente orientato alla produzione di prestazioni caratterizzate da medio-bassa complessità assistenziale e da elevati tempi di attesa.
  - c. Ruolo di integrazione qualitativa: l'ospedale presta la sua assistenza di ricovero integrando ed ampliando l'assistenza assicurata dal fornitore pubblico in ambiti in cui quest'ultimo decide di non investire per la presenza di una forte e qualificata produzione privata. Questo ruolo è prevalentemente soddisfatto dalle strutture con natura sostanzialmente monospecialistica, ma può essere riconosciuto anche alle altre strutture accreditate che concordino con l'Azienda la produzione di attività di particolare utilità per il completamento dell'offerta assistenziale.

A livello di gestione dei processi assistenziali ed organizzativi interni, la sfida è rappresentata dalla organizzazione delle cure e dell'assistenza in modo tale da comporre le ragioni dell'appropriatezza clinica ed organizzativa con quella della responsabilità della risposta che richiedono: umanità, globalità, continuità, proattività e tempestività della risposta. I modelli ai quali fare riferimento sono quelli del *Case e Disease Management* e della gestione della malattia cronica (*Chronic care Model*) nell'ambito dei quali sperimentare la figura del "responsabile clinico" del caso.

A tal proposito, un principio basilare contenuto nell'art. 1 della LR. 29/2004 indica prioritaria: "... la centralità del cittadino, in quanto titolare del diritto di salute e partecipa alla definizione delle prestazioni, della organizzazione dei servizi e della loro valutazione".

Questo principio e l'analisi dei principali fattori che influenzano il sistema dei servizi e la sua dinamica di funzionamento evidenzia la prevalenza di problemi il cui controllo richiede sempre maggiore capacità di individuare specifici ed appropriati percorsi assistenziali, che siano capaci di soddisfare il particolare episodio di cura (intervento sanitario limitato nel tempo e nello spazio: una visita, un ricovero, una prestazione) nel più generale ambito dell'episodio di malattia (condizione di bisogno oggettivato che richiede uno o più interventi sanitari di competenza diversa: medica, chirurgica, riabilitativa, assistenziale ed erogabili da più articolazioni organizzative non necessariamente sullo stesso "livello" di assistenza) cui appartiene. Inoltre necessita la capacità di differenziare la risposta assistenziale in funzione della natura e dell'intensità del bisogno oggettivato valorizzando risorse professionali troppo spesso considerate di supporto e sviluppando ottimali livelli di integrazione e coordinamento.

Questo approccio ai problemi e al nuovo modo di concepire il rapporto con l'utenza (nuova etica medica e sociale) richiederà una profonda e diffusa revisione dei modelli assistenziali e clinici e delle pratiche di presa in cura che dovrà interessare tutte le componenti professionali e tutte le articolazioni organizzative, territoriali e ospedaliere.

Un lavoro a lungo termine, che dovrà trovare fondamenta solide già a partire dal prossimo triennio con l'avvio di progetti specifici e di sperimentazioni, di valutazioni accurate e di sostegno formativo e organizzativo.

Il miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza del sistema dell'emergenza-urgenza ed in particolare del Pronto Soccorso Ospedaliero rappresenterà una ulteriore direttrice della pianificazione attuativa locale, essendo universalmente condiviso il principio secondo cui l'organizzazione e la funzionalità dei servizi per l'emergenza influenzano in maniera molto diretta l'intera operatività ospedaliera.

L'utilizzo in buona parte improprio del PS ha come conseguenza un livello di pressione molto alta a cui viene sottoposto il servizio, che va a discapito della esigenza di concentrare tutte le risorse per il trattamento dei pazienti gravi e dei casi realmente urgenti; peraltro, il sovraffollamento determina lunghe attese per i cittadini.

Dovranno pertanto essere sviluppate strategie che da un lato portino alla realizzazione di percorsi di cura realmente fruibili ed alternativi al Pronto Soccorso (ambulatori ad accesso diretto dei Nuclei delle Cure primarie, sviluppo della continuità assistenziale, accessi prioritari per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, ecc.) e dall'altro a migliorare i percorsi di accesso per coloro che si rivolgono al PS per un bisogno di cura urgente, in termini di garanzia di equità di accesso e di appropriatezza delle cure.

## 1.2 L'assistenza primaria

L'Azienda Usl sarà impegnata a dare piena applicazione alla Direttiva regionale sull'organizzazione del Dipartimento delle Cure Primarie (DCP).

Il DCP vedrà una profonda riorganizzazione con il disegno di nuovi ruoli, sia per i professionisti dipendenti che per i professionisti convenzionati, che saranno chiamati ad assumere responsabilità in ordine alla pianificazione delle attività ed all'orientamento professionale dei loro colleghi.

Parte di questo disegno riorganizzativo va attuato attraverso la stipula e l'applicazione di accordi locali con i professionisti convenzionati e le loro rappresentanze sindacali, e attra-

verso percorsi formativi congiunti fra i diversi professionisti che concorrono alla erogazione dell'assistenza primaria, con l'implementazione di processi decisionali basati sulla partecipazione.

Lo sviluppo dei Nuclei delle Cure Primarie (NCP) rappresenta un obiettivo strategico di Piano, attraverso un progressivo cambiamento della loro forma organizzativa (aggregazione strutturale) che, in particolare nelle forme avanzate, rappresenta il nodo fondamentale della rete integrata dell'assistenza sul territorio.

La forma organizzativa dei NCP favorisce l'integrazione interprofessionale attraverso il maggior coinvolgimento in particolare dei Medici di Medicina Generale (MMG), dei Pediatri di Libera scelta (PdLS) e degli Infermieri professionali (IP) e consente ai cittadini una accresciuta accessibilità alle cure primarie, con una estensione dell'apertura dei servizi di assistenza primaria.

Il numero di sedi di riferimento sono individuate per i NCP in modo flessibile e congruente con le caratteristiche dei diversi ambiti territoriali.

Lo sviluppo dei NCP ha come obiettivo prioritario la gestione delle malattie croniche, caratterizzata dalla presa in carico a lungo termine; la sfida è rappresentata dalla capacità di presidiare la continuità delle cure, di ricercare attivamente le fragilità e di attuare sinergie con tutte le risorse della comunità.

In questa logica le modalità assistenziali dovranno tendere ad uno sviluppo integrato delle professionalità, attraverso la costruzione di un sistema di relazioni cliniche, assistenziali ed organizzative che, partendo dal consolidamento della presa in carico della persona dovranno saper valorizzare il contributo dei diversi professionisti coinvolti.

In tale prospettiva trovano spazio per lo sviluppo le professioni sanitarie e socio-sanitarie (Infermieri, Assistenti sociali, terapisti della riabilitazione, ostetriche) che, in grado diverso, esplicano le loro funzioni nei diversi settings assistenziali. L'esperienza maturata dalle professioni sanitarie e socio-sanitarie, sia sotto il profilo delle competenze gestionali, sia sotto il profilo delle competenze assistenziali, trova nell'ambito dell'assistenza primaria un'ulteriore evoluzione e sviluppo, per quanto concerne in particolare il supporto agli interventi di self-care, disease e case-management e più in generale la tutela dell'accesso alle cure e la gestione delle patologie croniche.

### **1.2.1 Il sistema di cura e assistenza sanitaria al domicilio**

Il modello operativo adottato persegue in primo luogo la permanenza della persona presso il domicilio, nel rispetto della libertà di scelta, non solo del luogo di cura, ma anche del setting assistenziale, attraverso una forte integrazione tra i servizi sanitari e tra i servizi sanitari e quelli sociali, per garantire percorsi integrati.

Il sistema dell'assistenza primaria costituisce una rete in cui i nodi, cioè i produttori di prestazioni e servizi (poliambulatorio, consultorio, NCP, ecc.) si identificano nei luoghi fisici di produzione, mentre le maglie della rete sono i percorsi e le procedure che li mettono in relazione.

L'unità operativa fondamentale è il NCP, che, attraverso l'azione congiunta di MMG, Infermieri, specialisti ed operatori socio-assistenziali, rende possibile lo sviluppo del modello a rete integrata, finalizzato a rispondere alle diverse esigenze assistenziali sanitarie e sociali dei cittadini.

L'obiettivo è di garantire in particolare alle persone affette da gravi patologie croniche,

alle persone con disabilità gravi e dei malati terminali, un percorso assistenziale integrato, attraverso lo sviluppo, la qualificazione e la specializzazione della rete dei servizi, valorizzando e sostenendo il ruolo delle famiglie e privilegiando quale sede elettiva di trattamento il domicilio.

La realizzazione di percorsi assistenziali integrati è il presupposto per assicurare la continuità delle cure ed il soddisfacimento di bisogni eterogenei che richiedono interventi di diversa natura ed intensità assistenziale; l'azienda sanitaria sarà impegnata a consolidare le relazioni fra le diverse équipe, sanitarie e socio-sanitarie, strutturando collegamenti espliciti e visibili fra le diverse strutture erogatrici di servizi.

La personalizzazione delle risposte, il rispetto dell'unicità e delle scelte della persona, costituiranno i riferimenti sia per i modelli di intervento che per le scelte organizzative dei servizi.

Il ruolo della famiglia e di tutti coloro che hanno con la persona legami significativi è fondamentale per garantire una adeguata assistenza ed un idoneo reinserimento nella vita sociale.

In quest'ottica la gestione integrata del paziente, in particolare del paziente cronico, la continuità delle cure e della presa in carico, presuppongono il superamento di barriere organizzative, professionali ed operative; le scelte dell'Ausl sono orientate pertanto ad identificare équipe di professionisti che devono assicurare un'assistenza integrata e personalizzata, l'attuazione di piani individuali e la definizione di un coordinamento che garantisca continuità.

### 1.2.2 Il sistema di cure *long-term*

Il sistema dell'assistenza verte sul principio della rete integrata ed organizzata secondo livelli di intensità di cure, in cui l'ospedale per acuti integra la sua attività ad alta intensità di assistenza con le attività delle fasi di post-acuzie e di lungodegenza, così come con le attività di residenza territoriale e con l'assistenza domiciliare.

La rideterminazione dell'intero sistema dell'offerta assistenziale per la gestione della fase acuta, subacuta e cronica prenderà in considerazione la componente ospedaliera integrata a quella territoriale, senza soluzione di continuità nell'assistenza ai pazienti, garantendo in tal modo la continuità delle cure nelle varie fasi della malattia e la presa in carico completa del paziente.

In questo contesto l'area della lungodegenza da un lato consoliderà le relazioni funzionali con i reparti ospedalieri per acuti e dall'altra con le residenze per la cronicità e con il domicilio, con l'obiettivo di stabilizzare il paziente, riabilitarlo ed affrontarne le riacutizzazioni di moderata entità.

Ricompresa in quest'ambito c'è un'area di postacuzie precoce in regime di ricovero ospedaliero, dove trovano risposta le problematiche di pazienti che hanno superato la fase acuta di malattia, ma che necessitano ancora di un ulteriore periodo di ricovero per raggiungere la stabilizzazione.

Ancora vi è ricompresa un'area di postacuzie tardiva in ambito territoriale, dove trovano risposta problematiche riabilitative collegate anche alla non-autosufficienza con stabilizzazione in progressivo completamento, ed in prospettiva anche pazienti fragili con polipatologie croniche, in fase di riacutizzazione di media entità, non gestibili a domicilio per prevalenti problematiche socio-familiari, in cui l'utilizzo di prestazioni diagnostiche e terapeutiche è più limitato, ai quali occorre la continuità assistenziale, attraverso interventi più

concentrati sulla stabilizzazione clinica, *nursing* e recupero funzionale.

La lungodegenza ospedaliera deve completare il percorso di cura, e saper valutare la complessità dei bisogni socio-familiari; deve accompagnare il paziente verso la collocazione residenziale o domiciliare più appropriata, con risposte flessibili e personalizzate.

Molto importante diverrà la qualificazione della relazione della lungodegenza ospedaliera con l'assistenza domiciliare, per permettere di migliorare la presa in carico dei pazienti.

L'individuazione precoce e tempestiva del paziente dimissibile al proprio domicilio ed il successivo raccordo con le cure territoriali, permette in modo rapido ed efficace la prosecuzione del percorso ed il coordinamento degli interventi tra infermiere, medico curante e assistente sociale.

### 1.2.3 La continuità assistenziale tra territorio e ospedale

L'Ausl sarà impegnata nella ottimizzazione della gestione della casistica cronica ad elevato consumo di risorse di ricovero, attraverso la individuazione di percorsi assistenziali in grado di prevenire e minimizzare il ricorso al ricovero ospedaliero, coinvolgendo in tali strategie tutti i professionisti interessati, sia dei DCP, sia dei dipartimenti ospedalieri.

Sarà sviluppata la gestione del percorso complessivo del paziente, in contrapposizione al prevalente approccio per episodio di cura.

L'azienda sarà impegnata ad individuare la popolazione anziana e non con caratteristiche particolari di fragilità, pluripatologie e cronicità, e a sviluppare specifici modelli di presa in carico integrata sociale e sanitaria (scompenso cardiaco, broncopneumopatia cronica ostruttiva, ictus, patologie dell'apparato muscoloscheletrico nei pazienti anziani, ecc.)

Anche la dimissione protetta è un ulteriore strumento che permette di sostenere l'assistenza secondo la logica del processo e di migliorare la continuità delle cure ospedale-territorio; tale processo assistenziale prevederà in tutti i casi l'individuazione di figure infermieristiche con funzioni di case-manager, sia in ambito ospedaliero che territoriale. Tali figure assumeranno sempre più un ruolo centrale in tale processo, in quanto garanti della continuità del percorso assistenziale e delle procedure di dimissione.

La continuità e l'appropriatezza degli interventi nell'assistenza alla gravidanza, al parto ed al puerperio (percorso nascita), sono anch'essi tra gli obiettivi prioritari del PAL, sempre nell'ottica della integrazione delle risposte, della reciproca responsabilizzazione e della valorizzazione delle diverse professionalità coinvolte. L'integrazione organizzativa e professionale dovrà riguardare anche i Servizi Sociali in particolare per le funzioni di tutela della maternità e per il sostegno delle funzioni genitoriali.

I servizi della Pediatria di Comunità verranno interessati da progetti che prevedono la piena integrazione organizzativa e professionale con le strutture e i professionisti che operano in ospedale e sul territorio (PdLS, Servizi Sociali, Consultori familiari, Centri per le Famiglie, servizi specialistici per disabili, NPEE) con particolare riferimento all'individuazione di percorsi facilitati per gli utenti più deboli (minori disabili e con psicopatologie, minori con gravissime disabilità, ecc.) e delle relative responsabilità nella presa in carico lungo tutto il percorso di cura.

L'accesso alle strutture di emergenza (PS) dovrà essere organizzato in modo da garantire massima garanzia di appropriatezza, così come dovrà essere organizzato in modo efficace il processo successivo all'interno delle strutture ospedaliere garantendo tempestività e collegamenti appropriati con i reparti di riferimento.

### 1.2.4 Il contenimento delle liste d'attesa e l'appropriatezza prescrittiva

Il problema dei tempi di attesa è di importanza strategica non solo per le Aziende sanitarie, ma per l'intera collettività, per una serie di ragioni:

- un'attesa eccessivamente lunga può nuocere allo stato di salute: fa parte della normalità attendere per ricever cure non urgenti, ma c'è una soglia oltre la quale l'attesa diventa eccessiva e può nuocere allo stato di salute; inoltre, il deterioramento dello stato di salute di una persona in attesa a lungo termine determina un aumento dei costi sanitari e sociali;
- i tempi di attesa non sono omogeneamente ed equamente distribuiti, sia in termini territoriali che in termini sociali, ponendo così evidenti problemi di equità di accesso alle prestazioni specialistiche per i cittadini. Inoltre, l'inequità di accesso alle prestazioni specialistiche di prima istanza si trasmette alle prestazioni di seconda istanza. In un sistema in cui è difficile trovare un consenso sufficientemente diffuso sui criteri di prioritizzazione dell'accesso che siano coerenti con la gravità del bisogno sanitario, in cui è presente un'offerta pubblica allargata caratterizzata da lunga attesa a cui si affianca un'offerta specialistica a pagamento, ugualmente abilitata, seppur indirettamente, ad attivare l'entrata a prestazioni specialistiche di seconda istanza, l'inequità potenziale si amplifica;
- l'accesso alle prestazioni in tempo adeguato è sempre più percepito dal sentire sociale come un diritto; attese eccessive minano la fiducia nel sistema pubblico, fino a implicare forme più o meno parziali di suo superamento;
- in un sistema a finanziamento pubblico, caratterizzato da risorse limitate, sottoposto ad una rapida espansione della domanda, soprattutto conseguente ai progressi della tecnologia e all'aumento delle aspettative della popolazione, è necessario sviluppare una comune base di riflessione tra differenti punti di vista. Quello dei pazienti, e delle loro famiglie, che giudicano l'attesa più o meno accettabile in funzione del loro personale vissuto e che devono sopportare le conseguenze dell'attesa; quello dei professionisti della salute che valutano l'attesa adeguata essenzialmente in funzione della loro esperienza e che solo in alcuni casi sono in condizione di raggiungere un consenso sulle soglie di gravità e sui relativi tempi in cui sarebbe opportuno somministrare il trattamento al fine di evitare conseguenze indesiderate; quello degli amministratori e dei gestori che devono perseguire la migliore allocazione delle risorse e contenere la crescita dei costi.

Ne consegue che la sfida posta dal problema delle liste di attesa al sistema dei servizi si riassume nell'obiettivo di offrire al cittadino che necessita di prestazioni specialistiche programmabili la garanzia di poter soddisfare il suo bisogno in condizioni di qualità adeguata entro un intervallo di tempo massimo. Si tratta cioè di definire un organico piano di intervento che, nel garantire un servizio che preveda ed espliciti ex ante i comportamenti che il sistema assume nel caso in cui si verifichi il superamento dei tempi massimi di attesa nell'accesso alle prestazioni specialistiche, faccia in modo che le risorse mobilitate producano miglioramenti reali, tempestivi e non transitori.

Tuttavia, la molteplicità dei fattori che influenzano le liste di attesa e la variabilità che caratterizza le loro reciproche relazioni rendono ragione della complessità del problema (nelle sue dimensioni di domanda, di offerta, di efficacia e di produttività) e delle difficoltà a trovare soluzioni durevoli nel tempo.

Il SSR attraverso le aziende sanitarie ha attivato da diversi anni importanti iniziative per il miglioramento dell'organizzazione dell'accesso alle prestazioni specialistiche e per lo sviluppo dell'appropriatezza nella prescrizione, nel consumo e nel modo di produrre le pre-

stazioni e i servizi. Iniziative che sono state sostenute da importanti investimenti in risorse umane, tecnologiche e finanziarie.

Da ultimo, in attuazione dell'Intesa del 28 marzo 2006 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008, la Regione Emilia-Romagna ha approvato con Delibera di Giunta n. 1532 del 6 novembre 2006 il "Piano regionale per il contenimento dei Tempi di attesa", volto a garantire i seguenti aspetti:

- governare la domanda di prestazioni attraverso un ricorso appropriato alle attività del SSN, nonché definendo criteri di priorità nell'accesso;
- razionalizzare la programmazione dell'offerta delle prestazioni da parte delle Aziende sanitarie, in considerazione sia del bisogno assistenziale espresso dal territorio di riferimento, sia della domanda rilevata;
- gestire razionalmente il sistema dell'accesso alle prestazioni, tramite una riorganizzazione del sistema delle prenotazioni (CUP), che consenta di interfacciare in maniera efficace ed efficiente l'intero sistema dell'offerta con quello della domanda di prestazioni e che sia in grado di differenziare le prestazioni per tipologia e criticità, nonché di individuare e gestire i percorsi diagnostico-terapeutici prioritari;
- revisionare periodicamente l'attività prescrittiva;
- differenziare ed integrare al tempo stesso il ruolo del territorio e degli ospedali;
- monitorare l'adeguatezza della produzione rispetto alle risorse impiegate;
- utilizzare le opportunità di un'adeguata organizzazione della libera professione.

In data 22.2.2008 la Conferenza Sociale e Sanitaria dell'Azienda Usl di Ravenna ha approvato la versione rivista ed integrata del "Piano aziendale per il contenimento dei Temi di attesa", in ottemperanza alla DGR 1532/2006.

I punti contenuti nel Piano sono:

- le strutture/ambiti presso cui i tempi di attesa sono garantiti (prestazioni di base per le quali il tempo deve essere rispettato a livello distrettuale - altre prestazioni da garantirsi in ambito aziendale);
- percorsi specifici per prestazioni di alta specialità, per le quali non si applicano i tempi di attesa ma per cui devono essere rese note le modalità di accesso;
- sedi e modalità per l'invio del cittadino nel caso di superamento dei tempi standard;
- misure previste per dare risposta a situazione di forza maggiore che possono comportare una sospensione nell'erogazione delle prestazioni (sciopero, assenze personale, rottura macchine);
- modalità di gestione delle liste di attesa;
- gestione dell'offerta tramite il sistema CUP;
- predisposizione del piano di produzione dell'assistenza specialistica ambulatoriale;
- governo della domanda e misura di miglioramento dell'appropriatezza (dipartimenti ospedalieri e dipartimenti cure primarie);
- definizione dei livelli di responsabilità (direttori di distretto e referenti specialistica ambulatoriale);
- condizioni concordate per l'accesso all'attività libero professionale, subordinandola all'andamento delle liste di attesa;

- garanzia della continuità della presa in carico per i pazienti cronici;
- rapporti coi produttori privati accreditati.

In altri termini, il Piano sistematizza le strategie e le azioni intraprese da questa Direzione a partire dalla fine del 2004 in tema di contenimento dei tempi di attesa, di miglioramento dell'efficienza produttiva del sistema integrato dell'offerta di prestazioni ambulatoriali, di accessibilità alle prestazioni, di trasparenza delle agende di prenotazione; inoltre, introduce degli strumenti nuovi a garanzia delle cure e dei tempi standard. Tra questi, la regolamentazione della sospensione dell'attività di erogazione delle prestazioni in caso di sciopero, rottura macchine, ovvero assenza improvvisa del personale, nonché il percorso di garanzia.

Col percorso di garanzia, per alcune prime visite di base, e più recentemente per le densitometrie e per le risonanze magnetiche muscoloscheletriche, qualora sia superato il tempo massimo di attesa al livello distrettuale/aziendale, la procedura segnala all'operatore addetto alla prenotazione la possibilità di attivare il "percorso di garanzia", cioè di offrire all'utente l'opportunità di rivolgersi ad uno tra i produttori privati accreditati dell'Azienda (che erogano quella specifica prestazione) per ottenerla nei tempi previsti dalla normativa, differenziati per priorità d'accesso (urgenza differibile e accesso programmabile).

Il "percorso di garanzia" può essere applicato di volta in volta a tutte le prestazioni che presentano liste di attesa critiche e riveste nella strategia aziendale il carattere della transitorietà, per dare comunque una risposta ai cittadini nel tempo di latenza tra la rilevazione della situazione critica, l'analisi delle sue cause e le azioni di intervento strutturale, se e quando necessario.

Nell'ambito delle indicazioni nazionali e regionali, l'Azienda USL di Ravenna si impegnerà a continuare il suo piano di intervento sulla riduzione delle liste di attesa, che ha già dimostrato di produrre risultati soddisfacenti, promuovendo strategie ed azioni volte a garantire ai cittadini la soddisfazione del loro bisogno, offrendo prestazioni appropriate e in condizioni di qualità adeguata entro un intervallo di tempo massimo.

## 1.3 Il nuovo ruolo dei Dipartimenti di Sanità Pubblica e Salute Mentale

Gli orientamenti regionali per la riorganizzazione dei Dipartimenti di Cure primari, visto poco sopra, la Salute mentale e la Sanità Pubblica prevedono di rivedere profondamente gli approcci, gli assetti e le modalità di lavoro.

Cambia l'approccio alla salute, alla cura, alla relazione con le persone utenti, alla relazione con la comunità e le istituzioni e forze sociali ed economiche. Cambia il sistema di cura e assistenza, le metodologie e gli strumenti di gestione e governo clinico-assistenziale.

### 1.3.1 Il Dipartimento di Sanità Pubblica

Praticare la sanità pubblica significa coordinare azioni ed interventi che hanno un impatto sulla salute della popolazione, anche al di là dell'ambito dei servizi sanitari in senso stretto, ma anche, ovviamente, fornire tutti i servizi sanitari necessari alla promozione della salute, alla prevenzione della malattia, alla riabilitazione fisica, sociale e lavorativa.

Occorre dunque una “nuova” sanità pubblica, orientata a considerare la natura multifattoriale e multidimensionale della salute, oggi intesa come esito di fattori - i determinanti di salute - in parte modificabili come l’ambiente, i fattori socio-culturali, l’accesso ai servizi, lo stile di vita. Per ottenere ciò è necessaria una stretta relazione con le Istituzioni locali e lo sviluppo di capacità di comunicazione con l’intera popolazione di riferimento, per affrontare compiutamente ogni aspetto dei problemi connessi alla programmazione e attuazione degli interventi di sanità pubblica.

Pertanto, si può affermare che la sanità pubblica:

- è basata sulla popolazione e parte dai bisogni di questa;
- sostiene un modello di salute globale che richiede un atteggiamento intersettoriale e multidisciplinare;
- richiede una pluralità di metodi e conoscenze appropriate;
- promuove l’empowerment della popolazione e la promozione della salute;
- si estende al di là dei confini tradizionali del settore sanitario e/o pubblico, per comprendere gli sforzi organizzati di tutta la società;
- è basata sul nesso ricerca-osservazione-azione, per influenzare e/o modificare le politiche<sup>21</sup>.

I cambiamenti più rilevanti dal punto di vista dei cambiamenti organizzativi e di “paradigma” del DSP riguardano:

- Il lavoro su problemi prioritari di salute
- I nuovi orientamenti della sicurezza alimentare e della sanità pubblica veterinaria
- Il ricorso a tecniche di sanità pubblica basate su prove di efficacia
- Il governo clinico delle attività di prevenzione
- L’appropriatezza delle risposte e la loro efficacia
- Lo sviluppo delle competenze epidemiologiche
- Il contributo al governo clinico dell’azienda
- Le Aree Vaste regionali ed i poli specialistici di riferimento

Questi cambiamenti devono portare il DSP ad:

- esercitare il ruolo non più di meri controllori dei “prodotti”, ma di valutatori (e, nei casi previsti dalla normativa comunitaria, di “certificatori”) dei processi attivati dalle imprese per assicurare qualità e sicurezza;
- scegliere, anche nelle attività tradizionali, pratiche e tecnologie di provata efficacia, compatibilmente con quanto disposto dalle normative di riferimento;
- supportare le Direzioni generali e le Conferenze Territoriali, le Direzioni e i Comitati di Distretto, nella lettura e selezione dei problemi, ed essere interlocutori unitari nei confronti della comunità distrettuale;
- supportare le Aziende sanitarie e le Istituzioni nella valutazione preventiva sull’impatto delle diverse scelte sanitarie, nella valutazione sull’efficacia delle azioni compiute e dei progetti realizzati e nell’analisi delle disuguaglianze, evidenziando priorità ed ipotesi di soluzione ai decisori.

Su queste aree si svilupperanno attività e progetti specifici per dare piena attuazione alla direttiva regionale.

---

<sup>21</sup> RER, *Indirizzi per la riorganizzazione dei dipartimenti di CP, SM, SP*. 2007.

### 1.3.2 Il Dipartimento di Salute Mentale

Dopo le fasi della deistituzionalizzazione (anni '80) e della ricomposizione dei servizi nell'ambito dei dipartimenti di psichiatria (anni '90), è ormai matura la consapevolezza della necessità di aprire una terza fase nella storia dei servizi regionali che abbia come obiettivi:

- il consolidamento delle pratiche di presa in carico della popolazione tradizionale costituita dai cittadini con disturbi mentali gravi e persistenti, realizzando risposte ancora più convincenti e comprensive dei vari bisogni di cui sono portatori.
- sempre relativamente a questa prima area va allo stesso tempo garantita la realizzazione di un sistema centrato sul cittadino, sia attraverso meccanismi interni alla presa in carico (partecipazione/consenso al proprio piano di trattamento, *second opinion*, etc...), sia attraverso forme organizzate di tutela esterna (*advocacy*);
- l'allargamento della missione a tutte le aree che contribuiscono alla salute mentale della popolazione, in tutti i suoi aspetti fisici, psicologici e relazionali, di fatto ridisegnando la sua composizione e rinnovando le metodologie di lavoro.

In questa nuova visione il DSM-DP intende essere la struttura operativa deputata alla organizzazione ed alla produzione delle attività finalizzate:

- alla promozione della salute mentale e del contrasto alle dipendenze patologiche della popolazione di riferimento, secondo una concezione allargata al benessere psicologico, relazionale e sociale;
- alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione del disagio psichico, del disturbo mentale, e delle dipendenze patologiche per l'intero arco della vita<sup>22</sup>.

Risultano determinanti, tra gli altri aspetti:

- la fase di accoglienza, nella quale deve essere garantito un processo diagnostico e definito un progetto terapeutico individuale che sarà portato a conoscenza del paziente e delle persone significative nella sua vita di relazione secondo modalità che ne riconoscano e valorizzino il ruolo;
- la gestione degli episodi di malattia o della cronicità, attraverso l'identificazione del terapeuta per la gestione dei problemi sanitari del paziente;
- le garanzie di continuità nella presa in carico, attraverso l'organizzazione di un percorso che permetta l'accesso alle diverse articolazioni del DSM, nei diversi stadi della cura e nelle situazioni di "doppia diagnosi";
- la riabilitazione, attività volte al recupero di funzionalità della vita di relazione e alla prevenzione privilegiando il mantenimento nei luoghi di vita e nelle sedi spontanee di vita sociale e di relazione delle persone. Deve far parte dell'approccio terapeutico l'attenzione al mantenimento dei rapporti sociali essenziali nella consapevolezza che essi favoriscono la buona riuscita degli interventi terapeutici (si veda anche cap. 4.3);
- la prevenzione del disturbo psichico e dei suoi effetti sociali invalidanti attivando specifiche competenze professionali nelle aree più critiche (bambini, adolescenti, persone con svantaggio sociale...), ma anche sviluppando collaborazioni e sinergie con il tessuto sociale che deve essere aiutato a riconoscere forme precoci di disagio e a gestirle in modo non emarginante e tendenzialmente solidale;
- la relazione con i servizi sociali e sociosanitari degli Enti Locali e delle altre articolazioni aziendali in funzione dell'applicazione dei nuovi LEA e delle indicazioni regionali nell'area del FRNA che prevedono una integrazione organizzativa e professionale nelle aree

---

<sup>22</sup> Vedi nota precedente.

specifiche dell'inserimento sociale (assistenza sociale per il mantenimento economico, inserimento in strutture a bassa e media intensità socio-assistenziale e socio-sanitaria, inserimento lavorativo, ecc.);

- il lavorare in una prospettiva di "sanità pubblica" che richiede di orientarsi a sviluppare cultura della collaborazione fra enti, istituzioni educative e sociali, a corresponsabilizzarsi verso i problemi della salute mentale e della stigmatizzazione, al promuovere partecipazione dei cittadini e di familiari di utenti.

E' su questi aspetti che il DSM-DP dovrà migliorare sostanzialmente le sue pratiche rivedendo assetti, metodologie, strumenti e conoscenze, nonché modalità di comunicazione sociale per documentare i risultati raggiunti.

Il nuovo PAL dovrà altresì fare riferimento ai documenti già approvati dalla CTSS nel corso di questi ultimi anni e all'Atto Aziendale relativi alla riorganizzazione dei servizi della salute mentale, con particolare riferimento agli assetti organizzativi complessivi e alla riabilitazione sanitaria e sociosanitaria.

## 1.4 Investimenti strutturali e tecnologici

Nel quadriennio 2004-2007 sono stati realizzati importanti investimenti strutturali e tecnologici di modernizzazione a supporto dell'efficienza gestionale per oltre 60 milioni, di cui circa la metà (29,5 mln) per investimenti strutturali, circa un terzo (18,8 mln) per le attrezzature sanitarie e oltre 4,8 mln per le tecnologie informatiche.

Dopo questa fase di ingenti investimenti, si ritiene essenziale:

1. completare la modernizzazione strutturale e tecnologica già programmata, con particolare riferimento all'area dei servizi territoriali (sedi dei NCP avanzati, strutture della salute mentale e area dei servizi della maternità e infanzia e del Sert) e all'area ospedaliera dell'ostetricia e ginecologia;
2. qualificare le strutture residenziali e semiresidenziali dei servizi della salute mentale;
3. assicurare un tasso di sostituzione e manutenzione del patrimonio edilizio e tecnologico tale da mantenere i livelli di modernizzazione, efficacia ed efficienza raggiunti.

## 1.5 La ricerca, l'innovazione e lo sviluppo

Il SSR ha già da tempo avviato, attraverso le iniziative coordinate dall'Agenzia Sanitaria Regionale, una serie articolata di progetti di valutazione di innovazioni clinico-organizzative e di valutazione della qualità dell'assistenza, progetti che vedono la partecipazione attiva di tutte le aziende sanitarie della Regione. In questo quadro generale la riorganizzazione aziendale è anche strettamente legato alla promozione, in integrazione alle attività di ricerca, della formazione e della formazione permanente.

Si dovrà allora sostenere e rendere ulteriormente pervasivi all'intero sistema i processi virtuosi già avviati, rafforzando la struttura interna dell'Azienda sanitaria e sviluppando le sinergie con le istituzioni formative e gli osservatori sociali e sociosanitari attivi a livello locale.

Le aree prioritarie di ricerca e innovazione riguarderanno:

- l'attività di valutazione, governo clinico e ricerca clinica aziendale, anche promossa e coordinata a livello di Area vasta Romagna e a livello regionale (Agenzia sanitaria e sociale);
- l'attività di ricerca innovativa nell'area dell'assistenza primaria (modelli di cura e assistenza delle malattie croniche, ...); nell'area della fragilità (mappatura anziani e disabili con fragilità sociale e sanitaria...); nell'area della salute mentale e delle dipendenze patologiche (nuovi bisogni e nuove metodiche di intervento...); con riguardo ai modelli organizzativi e all'utilizzo dei servizi (utilizzi impropri nell'area dell'emergenza, sistemi di accesso e presa in carico per utenza multiproblematica, per episodi di malattia in contesti ospedalieri...).

Una ampia panoramica sulle attività realizzate e progettate su questi aspetti si trova nei Bilanci di Missione aziendali (2005-2007; cap. 6), per eventuali ulteriori approfondimenti.

Per evitare autoreferenzialità a livello di singole aziende e per creare sinergie efficienti si renderà necessario individuare l'infrastruttura per la ricerca a livello di Area Vasta Romagna.

## 1.6 Lo sviluppo delle azioni in Area Vasta

In coerenza con il Protocollo d'Intesa siglato nel 2001 dalle Conferenze Sanitarie della Romagna che avviava il percorso dell'Area Vasta, da alcuni anni le aziende sanitarie della Romagna hanno intensificato e migliorato il sistema delle relazioni al fine meglio perseguire l'obiettivo di sviluppare la qualità dei servizi e di assicurare la migliore sostenibilità economica. La rilevanza politico-programmatica di alcune scelte gestionali, nell'anno 2005, hanno portato le CTSS e le Organizzazioni Sindacali Confederali a sottoscrivere un documento di intenti che definiva le caratteristiche della programmazione di Area Vasta Romagna, indicava nell'integrazione il criterio a base dello sviluppo di progetti di eccellenza e ne declinava i tre possibili livelli: programmatico o di governo, organizzativo gestionale, professionale. Al tempo stesso indicava i principi che dovevano guidare la programmazione dei servizi: non ridondanza, prossimizzazione, differenziazione, valorizzazione professionale.

Da allora molti dei progetti condivisi (IRST, Centrale Operativa Romagna Soccorso, Laboratorio analisi e officina trasfusionale di AVR e coordinamenti professionali) hanno preso avvio e, per alcuni di essi si registra un avanzato stato di realizzazione. Il progetto di rete oncologica della Romagna ha visto l'attivazione del suo centro nevralgico e catalizzatore, l'Istituto Scientifico di Ricovero e Studio dei tumori di Meldola. La realizzazione della centrale operativa Romagna Soccorso ha visto la fusione delle centrali operative di Ravenna, Forlì e Cesena e si prevede entro la fine dell'anno la confluenza della centrale di Rimini. In entrambi i casi i risultati corrispondono ai presupposti messi a base dei progetti e i problemi riscontrati fanno sostanzialmente riferimento alla non completa preparazione culturale e tecnico-organizzativa richiesta dalla complessità delle relazioni propria dei progetti di integrazione.

Nel caso del laboratorio analisi, la realizzazione del CoreLab di Romagna, per quanto di indiscussa rilevanza tecnica ed economica, non è che una ulteriore tappa di un lungo processo di integrazione tra i laboratori delle aziende sanitarie. La messa a regime di questa struttura è prevista concludersi entro il primo semestre 2009. A tutt'oggi il processo nel suo

insieme ha prodotto importanti risultati, sia dal punto di vista qualitativo sia dal punto di vista economico.

Il Coordinamento dei Presidenti delle CTSS conferma la scelta strategica dell'integrazione di Area Vasta come strumento per consolidare e sviluppare le prerogative di autonomia dei territori, nella programmazione e nella organizzazione dei servizi e delle funzioni sanitarie rientranti nei confini della cosiddetta autosufficienza territoriale, in un quadro di coerenza sovra aziendale capace di assicurare la massima sostenibilità economica ad un sistema sanitario che persegue l'equità di accesso ad una gamma di servizi completa e di qualità adeguata allo stato delle conoscenze scientifiche e alle aspettative della popolazione.

È una scelta di necessità ma è anche, e soprattutto, una scelta per migliorare la qualità dei servizi alla popolazione presente sul territorio romagnolo.

Di necessità perché, per quanto il finanziamento del sistema sanitario possa, nel futuro, essere significativamente integrato, il suo livello non sarà da solo sufficiente a soddisfare il fabbisogno di risorse. La crescita dei costi determinata dalla evoluzione dei bisogni e delle aspettative della popolazione e, soprattutto, dall'introduzione delle nuove tecnologie mediche non potrà essere controbilanciata esclusivamente da un aumento del finanziamento. Lo scarto tra il fabbisogno di risorse economico - finanziarie e finanziamento è di tipo strutturale. Per quanto si possa auspicare che nel medio periodo tale scarto possa ridursi, resta il fatto che volendo mantenere un sistema con le caratteristiche del Servizio Sanitario Nazionale la sua eliminazione non è ipotizzabile.

Per il sistema sanitario i costi da sostenere, per rispondere alla domanda e per assicurare la disponibilità di servizi di adeguata qualità, saranno sostenibili solo nella misura in cui sarà capace di realizzare profonde innovazioni nella programmazione, nella organizzazione, nella gestione e nelle modalità di produzione dei servizi.

È anche e soprattutto una scelta di qualità dei servizi, tecnica e non solo. Tecnica per tutti quei servizi che richiedono l'impiego di risorse sofisticate e costose che non possono essere duplicate se non quando viene superata una soglia minima di domanda da soddisfare. Pena la compromissione della efficacia e della efficienza. Complessiva o di servizio reso al cittadino destinatario dei servizi e delle prestazioni, concernente gli aspetti di accessibilità, tempestività, globalità, continuità e umanità delle cure e dell'assistenza.

La logica tradizionale, di tipo autoreferenziale, tipica della programmazione locale dei servizi sanitari finisce per compromettere adeguati livelli di qualità tecnica e incentivare una competizione tra territori per la "conquista" risorse limitate. Una "conquista" comunque perdente. Perché disperde le risorse e ne riduce il rendimento in servizi alla popolazione.

Negli ultimi anni le aziende hanno migliorato in modo importante sia l'efficienza d'uso delle risorse, sia la qualità dei servizi. È ancora possibile ottenere risultati significativi in termini di qualità e costi, ma non è più sufficiente agire prendendo a riferimento i confini della singola azienda. È necessario rafforzare la prospettiva sovra aziendale, di bacino ottimale di servizio, all'interno della quale inserire le innovazioni. In tale ambito, ad esempio, lo sviluppo di sistemi di produzione di tipo inclusivo, dove il servizio o la prestazione sono adeguatamente (qualità e tempestività) disponibili alla massima prossimità possibile senza essere strutturalmente presenti nella sede di loro erogazione (si pensi ad esempio il caso della diagnostica di laboratorio, alla telemedicina), o di tipo a rete, con cui si tenta di compensare adeguatamente le ragioni della concentrazione e della diffusione dei servizi nell'obiettivo di meglio servire la popolazione cui sono destinati, è possibile ridurre, se non eliminare le ancora esistenti ridondanze di servizi che non migliorano l'accessibilità a prestazioni di qualità.

Vi sono settori di produzione di prestazioni intermedie o a prevalente funzione tecnico-logistica, sia nel campo dei servizi sanitari (laboratori, officina trasfusionale, logistica farmaceutica) quanto in quello dei servizi amministrativi (servizi di approvvigionamento, logistica economale, gestione stipendi,...) e tecnici (servizi di progettazione, servizi di ingegneria clinica e di fisica sanitaria, servizi informatici e centri di elaborazione dati) che si prestano a concentrazione e integrazione strutturale. Gli interventi di razionalizzazione e di ottimizzazione, che possono giungere fino alla concentrazione fisica, che agiscono su questi servizi non alterano l'equità di accesso da garantire alla popolazione, mentre migliorano il rendimento delle risorse e la qualità dei servizi. In altri settori, in genere quelli direttamente correlati all'assistenza sanitaria alle persone, si può e si deve agire congiuntamente per assicurare i migliori standard assistenziali possibili in condizione di massima prossimità geografica. In questi casi, dove la concentrazione provocherebbe cambiamenti nell'accessibilità ai servizi, l'integrazione da realizzare è di tipo funzionale per mantenere i servizi quanto più possibile prossimi ai destinatari senza che questo loro decentramento comprometta la qualità delle prestazioni.

La strategia di integrazione d'Area Vasta va quindi ribadita e rafforzata. Il rafforzamento deve partire da una migliore definizione degli organismi di coordinamento della programmazione, delle loro modalità di concertazione con le organizzazioni sindacali confederali, così come va data una migliore strutturazione del coordinamento delle direzioni generali delle aziende sanitarie. Ugualmente andrà definita la modalità con cui durante tutte le fasi di attuazione dei progetti si svolgono le relazioni tra aziende e organizzazioni di rappresentanza dei lavoratori.

Quanto ai progetti di integrazione dei servizi da attivare prioritariamente va data preminenza a tutti quelli che rendono possibile il miglioramento dell'accessibilità ai servizi, con particolare riferimento ai servizi di pronto soccorso e ai servizi specialistici ambulatoriali, e la minimizzazione dei costi infrastrutturali a prevalente carattere di supporto amministrativo e tecnico-logistico.

L'integrazione dei servizi sanitari ospedalieri dovrà avvenire sfruttando alle migliori condizioni possibili, di qualità e di efficienza, le piattaforme tecnico-logistiche dalla rete territoriale dei servizi. In modo tale da perseguire ogni qual volta sia possibile e opportuno la prossimizzazione dell'assistenza a livello distrettuale. Al tempo stesso, nella definizione delle vocazioni distintive tra i nodi della rete appartenenti alla stessa disciplina, andranno adeguatamente valorizzate tutte le realtà aziendali: partendo dalle competenze dimostrate e dalle strategie di sviluppo previste dalle programmazioni locali per le funzioni rientranti nell'area della "autosufficienza territoriale".

Va sviluppata l'integrazione professionale dei cosiddetti coordinamenti di area vasta. Preciso che l'individuazione del coordinatore professionale si deve prioritariamente fondare sulle caratteristiche di autorevolezza professionale, *leadership* e capacità del professionista e che l'appartenenza del titolare del coordinamento non identifica la struttura di riferimento della rete, la distribuzione dei coordinamenti deve tendere a favorire un equilibrio armonico tra le diverse aziende anche al fine di promuovere un efficace clima di collaborazione tra strutture normalmente autoreferenziali.

Va realizzato un sistema di governo e di gestione strategica delle strutture hub della rete romagnola che assicuri una conduzione non "proprietaria" da parte del territorio su cui insistono e dell'azienda cui ne è demandata la gestione operativa, che veda la partecipazione di tutti i territori e di tutte le organizzazioni sindacali confederali alle fasi di informazione e concertazione relativi ai progetti di integrazione da attivare e alle linee guida che dovranno orientare la correlata e conseguente contrattazione di secondo livello.





Parte quinta

*Indirizzi per  
il coordinamento,  
la partecipazione,  
il monitoraggio e  
la valutazione*

# 1 Gli strumenti di coordinamento interistituzionale ed operativo

Con questo Atto si vuole creare una “cornice” di riferimento per le amministrazioni comunali e per le forze sociali e produttive, in particolare per le loro organizzazioni di rappresentanza, affinché i temi, le strategie, gli obiettivi individuati trovino piena adesione e aderenza alle loro politiche. Per questo abbiamo bisogno di trovare le forme di coordinamento istituzionale ed operativo più indicate ed efficaci allo scopo.

Sono possibili e auspicabili le seguenti, che organizziamo per aree di interesse.

## 1.1 Amministrazioni locali

### 1.1.1 Integrazione sociale e sanitaria

Strategia ed obiettivo insieme delle politiche regionali e locali, l'integrazione tra sociale e sanitario deve trovare una sua realizzazione concreta sia sul piano comunitario e istituzionale, che organizzativo e professionale.

#### *A livello comunitario*

L'integrazione si esprime attraverso l'identificazione dei bisogni nella loro complessità, la promozione di una comunità responsabile e competente, l'ascolto dei cittadini.

Gli strumenti che danno garanzia per realizzare questi aspetti riguardano in particolare la messa in comune di conoscenze e competenze e l'inclusione nei processi di analisi dei bisogni sia delle professionalità del sociale che del sanitario.

Per l'analisi dei bisogni e per il monitoraggio di salute e benessere, oltre che delle politiche sociali educative e sanitarie occorre consolidare l'Osservatorio delle politiche sociali e sociosanitarie in stretta comunicazione con l'Osservatorio provinciale delle Tossicodipendenze, dell'immigrazione, i servizi di epidemiologia della Ausl e gli “uffici statistica” dei Comuni e della Provincia.

Un canale di comunicazione deve essere trovato anche con l'ufficio scolastico e gli organi dell'autorità di polizia e giudiziaria.

Per la promozione della comunità e l'ascolto dei cittadini, ivi inclusi i più giovani, sono da strutturare i Forum, Consulte, i Comitati Consultivi Misti delle Ausl e tutte le altre forme di rappresentanza in un sistematico confronto di merito su tutte le attività più importanti di pianificazione, implementazione e valutazione delle attività e dei risultati.

#### *A livello istituzionale*

L'attività dei Comitati di Distretto e della CTSS a livello provinciale costituisce il primo “fronte” di confronto e insieme sede di decisioni politiche. Sono strumenti di governo del sistema complessivo con un ruolo di guida e garanti, agiti con gli strumenti della pianificazione, valutazione, regolazione e committenza.

Sono altresì promotori della partecipazione di tutti i soggetti di una rete comunitaria riconosciuti nelle loro prerogative e nella “funzione pubblica” di cui sono portatori.

In particolare, con riguardo ai sistemi di garanzia e regolazione, sono chiamati a definire regole comuni nelle aree di servizio più diffuse (servizi di sostegno al domicilio, strutture

protette), ivi incluse quelle che definiscono la partecipazione alla spesa degli utenti.

Sono da iscrivere nel sistema di governance anche i Tavoli provinciali e “cabine di regia” permanenti sull’economia, sulla sicurezza, sulla ricerca.

Il “coordinamento tecnico” provinciale, previsto dalle nuove disposizioni in materia di politiche per le giovani generazioni (Dl regionale n.74/2008), garantirà il raccordo tra tutti i distretti e sarà l’ambito di confronto interistituzionale in merito alle politiche per l’infanzia e l’adolescenza e supporterà la CTSS nelle sue attività di indirizzo e controllo.

#### **A livello organizzativo**

A questo livello si giocano le integrazioni reali fra i sistemi.

Sono da considerare obiettivi del triennio il rinnovo di tutti gli Accordi di Programma e convenzioni fra Comuni e Ausl per la gestione dei servizi sociosanitari in modo da recepire tutti gli elementi di innovazione e sviluppo contenuti negli atti regionali e provinciali, incluso il presente Atto.

In questi accordi devono essere esplicitati i principi e i criteri con i quali si organizzano le risorse professionali, strutturali ed economiche e i criteri di finanziamento (LEA, disposizioni regionali...) collegate alle funzioni proprie delle istituzioni coinvolte.

Particolare attenzione dovrà essere destinata alla organizzazione del sistema di accesso, presa in carico ed erogazione di servizi e interventi. Esso dovrà essere ripensato nel quadro della fondamentale relazione tra funzioni di governo e di gestione-erogazione. I sistemi locali devono trovare le forme istituzionali più idonee per mantenere queste funzioni separate e nelle condizioni di essere agite dai diversi organismi secondo regole condivise.

Il sistema sanitario e sociale, in particolare, si apprestano a grandi cambiamenti organizzativi che attengono, per il sistema sanitario, alla organizzazione dell’assistenza primaria, con la creazione del modello basato sui Nuclei delle Cure Primarie (NCP), la creazione di Dipartimenti gestionali (Cure Primarie e Salute Mentale) e dei Distretti con funzioni di governo; per il sistema sociale, alla organizzazione dei servizi sociali in forme associative con il diretto coinvolgimento delle ASP quali soggetti gestori-erogatori e di tutta la rete del no profit quali soggetti accreditati. E’ su questi due fronti che si giocano le interrelazioni organizzative più importanti che non possono procedere separatamente (sanità e sociale) o localmente (a livello di singola Zona). Gli accordi di cui sopra dovranno servire per chiarire anche questi ambiti di relazione strategica per il sistema complessivo.

Anche in relazione alle indicazioni regionali, poi, si dovranno stringere accordi fra organizzazioni del Sociale (Servizi sociali, Centri per le Famiglie) e della Sanità (Consultori Familiari, Pediatria di comunità) dove chiarire bene gli ambiti di responsabilità relativamente alle iniziative a sostegno della genitorialità nel percorso di crescita e formazione dei figli, la prevenzione della violenza e del maltrattamento ai minori e alle donne, l’accoglimento dei minori in affido e in strutture residenziali.

Saranno necessari anche accordi-quadro da formalizzare nell’area della riabilitazione per disabili e salute mentale dove intervengono servizi istituzionali e non profit in specifico nei percorsi di inserimento sociale e lavorativo, nell’ospitalità in strutture sociosanitarie dove garantire standard di qualità organizzativa, professionale e strutturale condivisi e accreditabili.

#### **A livello professionale**

A livello professionale si devono attivare tutti i protocolli e procedure operative secondo le regole accreditate nei sistemi sociale e sanitario e nei sistemi prossimi a questi relativamente alle aree critiche e in coerenza con le strategie individuate in questo Atto.

In particolare si dovrà integrare le professionalità nei percorsi di presa in carico, progettazione degli interventi e di valutazione definendo responsabilità di governo clinico-assistenziale trasversali (co-titolarità), valutando gli esiti in modalità multiprofessionale, rendendo disponibile le informazioni sulle cure e sull'assistenza prestata agli utenti e ai loro familiari (sistema di garanzie).

I processi più critici riguardano:

- le aree di confine fra servizi: doppie diagnosi (sanitarie e sociali); target non ben identificabili nella titolarità (adulti in difficoltà); passaggio all'età adulta e all'età anziana dei target in carico ai servizi; persone a presa in carico continuativa (es. disabili) che interessano diversi servizi sanitari e sociali, pubblici e privati;
- le aree marginali: mamme sole con problemi di salute mentale e tossicodipendenza con bambini, ex carcerati, senza dimora, immigrati richiedenti asilo, immigrati in condizioni di indigenza, bambini non accompagnati;
- la popolazione femminile: percorsi integrati tra sociale e sanitario per presa in carico delle neomamme e dei loro bambini nelle situazioni dove si rilevano disturbi emozionali delle gravide e puerpere (depressioni, ecc.); percorsi di sostegno alle donne in età matura che presentano problemi sanitari, psicologici e sociali proprie dell'età (menopausa, ecc.), anche coinvolgendo il volontariato e sostenendo iniziative fra donne di auto-mutuo aiuto.

### 1.1.1 Integrazione tra le politiche

I Comitati di Distretto e la CTSS sono anche sede dell'integrazione delle politiche che incidono sullo stato di benessere e salute di una popolazione e quindi direttamente con una parte dei servizi di specifica competenza: il sistema sociale e sanitario.

Da questo "snodo" partono le indicazioni circa le politiche da realizzare in ogni Comune che in questo scritto abbiamo auspicato: l'assetto del territorio, la casa, le attività produttive e commerciali, le iniziative culturali e di tempo libero, la sicurezza, la formazione e il lavoro.

Le Commissioni consiliari, le Giunte e i Consigli Comunali di singoli Comuni o di associazioni degli stessi diventano allora i luoghi fondamentali dove si possono concretizzare le decisioni politiche in merito all'integrazione delle politiche di cui sopra.

Accordi interni per integrare i processi di pianificazione; accordi per tradurre in atti deliberativi progetti ispirati all'integrazione delle politiche in tutte le attività di tutela della salute e della promozione del benessere sociale (es: autorizzazione all'organizzazione di eventi pubblici rivolti ai giovani vincolata all'impegno degli organizzatori a tutelare la salute dei partecipanti; ...) devono essere praticati con continuità e determinazione.

## 1.2 Istituzioni scolastiche ed educative

Sono da rinnovare gli Accordi con l'istituzione scolastica per l'integrazione dei disabili nella scuola affrontando i contenuti dell'accordo con lo spirito di innovazione dei processi assistenziali e di sostegno fin qui enunciati.

Con la scuola e le istituzioni educative in genere saranno importanti anche gli accordi finalizzati al trattamento integrato dei disturbi dell'apprendimento, all'individuazione dei fattori di rischio precoci, all'educazione alla salute, la promozione di stili di vita sani, l'educazione all'affettività e alla sessualità, l'educazione al rispetto delle regole.

### 1.3 Istituzioni giudiziarie, carcerarie e di polizia

Sono da attivare collaborazioni ed eventuali accordi per garantire un flusso costante di informazioni tra i sistemi e una collaborazione tecnico-professionale tra i vari professionisti dei sistemi giudiziario, di polizia e carcerario per garantire un profilo di conoscenze e competenze di elevato livello e per rimuovere ostacoli di ordine burocratico alla collaborazione.

Sono 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 affidamento, in adozione e in comunità.

### 1.4 Soggetti dell'area produttiva e commerciale e mass media

Sono da ricercare forme di collaborazione con tutti i soggetti dell'area commerciale e produttiva e con le loro forme associative finalizzato alla 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.

Con riguardo al benessere sono prioritari i temi della tutela dei bambini, degli adolescenti e di tutte le popolazioni soggette a stigma e discriminazione, come anche i temi della insicurezza e dell'allarme sociale.

Sia sul tema salute che sul tema benessere sociale un ruolo fondamentale viene giocato dai mass media. Con essi si possono stringere patti di partecipazione alla promozione della salute e del “capitale sociale” e “codici di condotta” che li orientino a rispettare i diritti delle persone e in particolare di chi più è esposto a discriminazioni e disuguaglianze e a promuovere campagne di sensibilizzazione, coordinate dai servizi della comunicazione degli EE.LL. e dell'Ausl, sui temi qui considerati prioritari.

## 1.5 Soggetti del Terzo Settore, della 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; a titolo di esempio: con CNA, per contribuire alle azioni volte all'“adattamento domestico” delle persone non autosufficienti; 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.).

Inoltre, si possono avviare collaborazioni strutturate con Centri studi e documentazione privati e pubblici, Centri di promozione culturale e sportiva per arricchire la comune conoscenza della comunità e delle sue dinamiche socio-economiche e per condividere iniziative pertinenti con le tematiche qui presentate.

Non ultima, la promozione del Servizio Civile Volontario, da attivare e consolidare in tutte le istituzioni e organismi, potrà garantire crescita e valorizzazione reciproca.

## 2 Gli strumenti di partecipazione e confronto

Si tratta qui di consolidare le pratiche di ascolto e partecipazione nei singoli territori e a livello provinciale cercando di strutturare l'ascolto su scopi condivisi e mantenendo un rapporto costante nella relazione con i soggetti individuati, rappresentativi della comunità, lungo tutto il percorso di pianificazione, implementazione e valutazione dei risultati.

La partecipazione e la concertazione devono caratterizzarsi sempre più come un processo che favorisce 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.

I soggetti devono essere scelti tra le forze sociali rappresentative di lavoratori, pensionati, artigiani, commercianti, imprenditori e altre categorie, tra quelle rappresentative degli interessi dei cittadini e di singole categorie di utenti dei servizi, tra i soggetti non profit (cooperative, associazioni, fondazioni...) e profit.

Seminari, Conferenze di consenso, gruppi di lavoro tematici, tavoli permanenti (Forum, Consulte, ecc.) gruppi per la regia di iniziative comuni ed altri strumenti possono essere attivati a seconda delle fasi e dei bisogni (informativi, valutativi, progettuali) che un territorio esprimerà.

Tra questi si includono i portatori di interessi che possono promuovere e valutare l'operato di quanti sono chiamati a integrare le politiche, tenendo attivo l'interesse e l'obiettivo dell'integrazione finalizzato a ottimizzare le politiche di salute e benessere locali.

### 3 Monitoraggio e valutazione dell'Atto

Un percorso e i contenuti di una pianificazione a lungo termine come questo devono trovare adeguati strumenti, momenti e gli attori adeguati per essere monitorati (percorso di implementazione) e valutati (raggiungimento dei risultati attesi e degli esiti di salute e benessere, reali e percepiti).

I responsabili degli Uffici di Piano, dell'Ufficio di supporto alla CTSS e dell'Ausl per quanto attiene al PAL dovranno produrre report di avanzamento annuali.

Alla fine del triennio dovrà essere garantita una valutazione (autovalutazione) che dovrà essere coerente e congruente con i risultati attesi, documentati nella scheda degli obiettivi di cui sopra. Tale valutazione potrà essere integrata da valutazioni riguardanti specifici ambiti o target (es: indagini di percezione e soddisfazione, ricerche ad hoc) curate da esperti esterni.

Gli amministratori dei comuni inviteranno i rappresentanti di istituzioni e tutti gli organismi di riferimento partecipi di questo processo per una condivisione allargata dei risultati e dei suoi eventuali mancati successi.

Per la valutazione del PAL, l'Ausl produrrà report annuali da discutere all'interno dei Comitati di distretto e della CTSS. L'enfasi della valutazione dovrà riguardare gli obiettivi prioritari che tale documento di pianificazione dovrà esplicitare con evidenza, anche predisponendo indicatori e altri elementi di informazione condivisi ex ante con gli amministratori.

In aderenza ai principi della rendicontazione sociale, alla fine del triennio, si produrrà un "Bilancio sociale o di Missione" che documenterà i risultati raggiunti, ma anche difficoltà e problemi ancora aperti di cui la pianificazione del prossimo triennio potrà tener conto.

Da ultimo, l'esperienza pilota inserita nel PTCP della provincia di Ravenna, di valutazione di insediamenti e reti territoriali con riguardo alla sostenibilità a medio-lungo termine dell'offerta di istruzione, trasporto pubblico, reti tecnologiche (sistema VALSAT) potrebbe essere considerata come possibile sistema sperimentale di valutazione di impatto delle politiche sulla salute e sul benessere, anche in sinergia con l'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale e l'Università.





# *Tabelle e allegati*

**Tabella 1. Sintesi dei fattori positivi e critici emergenti dall'analisi del bisogno e dell'offerta.**

Fattori positivi	Fattori critici	Bisogni e problemi emergenti (priorità)
<p><b>Coesione sociale<sup>23</sup>:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tessuto partecipativo forte</li> <li>▪ Presenza diffusa e attivismo del "Terzo settore"</li> <li>▪ Valori "tipici" (cultura della solidarietà, dell'accoglienza e del rispetto) e senso di appartenenza all'identità locale</li> <li>▪ Valorizzazione del territorio e delle risorse locali, della qualità ambientale e della salute</li> <li>▪ Diffusione e qualità dei servizi sociali, educativi, sanitari, culturali</li> </ul>	<p><b>Coesione sociale:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Indebolimento tessuto partecipativo</li> <li>▪ Rischi di indebolimento del senso di appartenenza e dei valori</li> <li>▪ Rischio di cristallizzazione dei servizi pubblici e privati sui livelli di sviluppo e qualità raggiunti in passato</li> <li>▪ (...)</li> </ul>	<p><b>Vulnerabilità famiglie:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Esigenza di sostenere le responsabilità familiari in presenza di condizioni di disagio dei singoli componenti, di crisi familiari e di disagio latente e conclamato</li> <li>▪ Aumento famiglie a rischio di impoverimento (difficoltà di accedere all'abitazione, al lavoro stabile, di mantenimento per alto costo della vita)</li> <li>▪ Aumento immigrazione e relative esigenze di integrazione sociale e bisogno assistenziale (esigenze abitative, inserimento lavorativo, inserimento scolastico, mediazione sociale e culturale...)</li> <li>▪ Aumento carichi assistenziali in presenza di componenti con alti carichi di malattia e non autosufficienza</li> </ul>
<p><b>Condizioni socioeconomiche<sup>24</sup>:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ringiovanimento della struttura per età della popolazione (aumento popolazione attiva e crescente natalità per effetto della aumentata presenza di stranieri)</li> <li>▪ Incremento della sopravvivenza</li> <li>▪ Elevato tasso di vitalità socio-economica (livelli di reddito, tasso di occupazione maschile e femminile, tassi di industrializzazione, terziario...)</li> <li>▪ Aumentano gli spazi per l'imprenditoria -lavoro indipendente - della popolazione immigrata (crescita stimata anche per il futuro)</li> <li>▪ Capacità di affrontare le crisi liberando energie imprenditoriali, qualificazione, innovazione di prodotto, diversificazione delle vocazioni economiche</li> <li>▪ Sistema abitativo sviluppato e di qualità</li> <li>▪ Sistema scolastico-formativo con una elevata qualità delle risorse umane e una diffusa scolarizzazione</li> <li>▪ sviluppate le iniziative per il tempo libero e culturali, anche di prestigio internazionale; tutto il territorio della Provincia è ricco di beni artistici e culturali, di storia e di tradizioni</li> </ul>	<p><b>Condizioni socioeconomiche:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Presenza di imprese a media e bassa tecnologia con forza lavoro a medio-basso livello di istruzione e aumento della precarietà/flessibilità</li> <li>▪ Dinamiche economiche e antropiche rendono vulnerabile il sistema sociale e ambientale (flussi migratori e invecchiamento, urbanizzazione, mobilità, insediamenti produttivi...)</li> <li>▪ Abitazioni da qualificare dal punto di vista del consumo energetico e dell'arricchimento della qualità dei contesti urbani ed extraurbani</li> <li>▪ Presenza di nuovi bisogni per le famiglie a rischio di impoverimento e per le famiglie immigrate, accanto a quelli tradizionali (integrazione al reddito, abitazione, lavoro)</li> </ul>	<p><b>Fragilità, cronicità e non autosufficienza:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Esigenza di monitoraggio della fragilità sociale e sanitaria</li> <li>▪ Esigenza di proattività nella cura delle malattie croniche e co-morbidità</li> <li>▪ Esigenza di sostegno al domicilio e personalizzazione dell'assistenza alle persone non-autosufficienti</li> </ul> <p><b>Sicurezza nei luoghi di vita e lavoro:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sicurezza domestica per le popolazioni più deboli: anziani, bambini, donne</li> <li>▪ Sicurezza lavorativa per immigrati; incidentalità nelle fasi di spostamento (strade)</li> <li>▪ Sicurezza stradale critica, in particolare per utenti deboli: lavoratori con alta mobilità, pedoni, ciclisti e giovani</li> <li>▪ Sicurezza urbana sollecitata da percezione di insicurezza e allarmismo, in particolare per gli anziani</li> </ul>
<p><b>Condizioni di salute e stili di vita<sup>25</sup>:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Buone condizioni generali di salute, reali e percepite (indici di mortalità e morbilità, stato di salute percepito)</li> <li>▪ Speranza di vita alla nascita crescente</li> <li>▪ Fattori di protezione diffusi (cultura della prevenzione, diagnosi precoci, capacità analisi integrati dei fattori di rischio...)</li> <li>▪ Buona propensione all'uso dei sistemi passivi di sicurezza (cinture sicurezza, casco...) a tutela della propria salute in strada</li> </ul>	<p><b>Condizioni di salute e di stili di vita:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Presenza di disuguaglianze di salute per popolazione immigrata, femminile e con basse condizioni socioeconomiche</li> <li>▪ Fragilità sanitaria per aumento e diffusione malattie croniche e co-morbidità (malattie cardiovascolari, tumori, diabete...)</li> <li>▪ Malattie ed esiti disabilitanti a seguito di incidenti in ambiente domestico, lavorativo e sulle strade</li> <li>▪ Indici di "mortalità evitabile" e di "anni di vita persi" legate ad abitudini, comportamenti e stili di vita problematici (anche se in tendenziale calo)</li> <li>▪ Stili di vita (scarsa attività fisica, abitudine al fumo, consumo di alcol...) con livelli di criticità sovrapponibili o superiori alle medie regionali</li> </ul>	

<sup>23</sup> Tratte da Profilo di Comunità, allegato parte integrante Atto di indirizzo CTSS di Ravenna, 2008.

<sup>24</sup> Tratte da Piano Territoriale Coordinamento Provinciale (PTCP), Provincia di Ravenna, 2007.

<sup>25</sup> Tratte da Profilo di Comunità, allegato parte integrante Atto di indirizzo CTSS di Ravenna, 2008.

Fattori positivi	Fattori critici	Bisogni e problemi emergenti (priorità)
<p><b>Condizioni ambientali<sup>26</sup>:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sostenibilità ambientale, sociale, economica, valorizzazione territoriale ben avviata</li> <li>▪ Sistema viario dei centri urbani (a più alto rischio di incidentalità) soggetto a realizzazioni di circolazioni su percorsi differenziati e protetti; sistemi alternativi o complementari al trasporto di persone e merci su gomma in fase di avanzata progettazione e realizzazione</li> <li>▪ Qualità dell'aria a livelli generalmente buoni nella maggior parte delle zone rurali, montane e urbane</li> <li>▪ Condizioni di sicurezza urbana differenziate per zone (città, litorale...) con presenza di investimenti a tutela e presidio del territorio</li> </ul>	<p><b>Condizioni ambientali</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Presenza di rischi ambientali per presenza nel comparto industriale di stabilimenti e depositi ad alto "rischio di incidenti rilevanti" e ad alta "intensità energetica" (consumo di energia e emissioni di agenti inquinanti - CO2)</li> <li>▪ Presenza di rischi infortunistici e di alte frequenze di infortunio e rapporti di gravità (morte e inabilità) superiori agli indici regionali e nazionali</li> <li>▪ Presenza di strade urbane ed extraurbane ad elevata incidentalità, mortalità e gravità (indici superiori alle medie regionali)</li> <li>▪ Qualità dell'aria critica in alcune zone e per alcuni inquinanti afferibili principalmente al sistema dei trasporti</li> <li>▪ Sicurezza urbana (criminalità, ecc.) percepita come critica da una buona parte della popolazione, specie in prossimità di alcune zone più critiche</li> <li>▪ Innovazione tecnologica, modernizzazione e ricerca scientifica: fattori ancora deboli per le sfide competitive che pone il sistema soprattutto sul piano della sostenibilità ambientale</li> </ul>	<p><b>Capacità di risposta del sistema dei servizi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Revisione dei riferimenti metodologici e delle pratiche di servizio: dai servizi di "attesa" ai servizi proattivi; dal modello dell'offerta assistenziale e prestazionale sull'utente/paziente alla presa in carico continuativa e responsabile e all'attivazione delle risorse e capacità dei singoli, dei nuclei e delle comunità (empowerment)</li> <li>▪ Re-investire sui sistemi di accesso, valutazione e presa in carico</li> <li>▪ Necessità di investire su alcuni ambiti strategici (riabilitazione socio-sanitaria, sui sistemi a rete, sui sistemi ICT, sulla formazione comune, valutazione e rendicontazione)</li> <li>▪ Equità nella distribuzione dei servizi e delle risorse e investimento nel sistema d'accesso e presa in carico</li> </ul>
<p><b>Sistema dei servizi socio-sanitari:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Presenza diffusa di servizi e di professionalità differenziate su una vasta gamma di bisogni complessi</li> <li>▪ Presenza di tradizione nell'integrazione tra Scuola, Sanità e sistema educativo-sociale</li> <li>▪ Alta capacità di far fronte alle criticità e alle crescenti richieste, oltre che ai cambiamenti del sistema</li> <li>▪ Presenza di una rete assistenziale a livello di Area Vasta Romagna</li> <li>▪ Sistema profit e non profit sviluppato su segmenti complementari, in rete con il sistema pubblico</li> </ul>	<p><b>Sistema dei servizi socio-sanitari:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Paradigmi assistenziali centrati sull'"attesa", sull'offerta assistenziale (sociale) e prestazionale (sanitario), sui singoli casi</li> <li>▪ Offerta e consumi di servizi e prestazioni diseguali, in particolare della popolazione più debole</li> <li>▪ Risorse dedicate al sistema di accesso e presa in carico non adeguate alle sfide di modernizzazione e innovazione auspiccate</li> <li>▪ Crescente ricorso ai servizi sociali e sanitari e alto assorbimento delle risorse di quote limitate di popolazione (es: non autosufficienti)</li> <li>▪ Integrazione tra sociale e sanitario e tra questi e altri sistemi (educativo...) condotta con modalità ancora non ben strutturate</li> </ul>	<p><b>Capacità di risposta del sistema di governo locale:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Integrazione politica</li> <li>▪ Reti dei servizi e dei soggetti sociali</li> <li>▪ Sistema delle alleanze</li> <li>▪ Sistema di committenza e produzione (governo istituzionale)</li> </ul>
<p><b>Sistema di governo locale:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Governo istituzionale organizzato su base locale</li> <li>▪ Reti attive dei servizi e dei soggetti sociali e sistema delle alleanze già sperimentato</li> <li>▪ Sperimentazione di un sistema di pianificazione integrato tra sociale e socio-sanitario</li> </ul>	<p><b>Sistema di governo locale:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sovrapposizione istituzionale fra funzioni di regolazione e committenza e responsabilità gestionali</li> <li>▪ Frammentazione della struttura dell'offerta e dei centri di spesa</li> <li>▪ Difficoltà di coordinamento dei soggetti del sistema e loro allineamento alle politiche di salute e benessere</li> </ul>	<p><b>Capacità di risposta di sistema di governo locale:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Integrazione politica</li> <li>▪ Reti dei servizi e dei soggetti sociali</li> <li>▪ Sistema delle alleanze</li> <li>▪ Sistema di committenza e produzione (governo istituzionale)</li> </ul>

<sup>26</sup> Tratte da Piano Territoriale Coordinamento Provinciale (PTCP), Provincia di Ravenna, 2007.

Tabella 2. Sintesi degli Obiettivi prioritari per Aree strategiche

Aree strategiche	Obiettivi prioritari	Obiettivi specifici	Indicatori per la valutazione	Descrizione e significato degli indicatori	Valori attesi (alla fine del triennio)	Valori standard (Note)	
<p>Sistema di accesso e presa in carico: personalizzazione della presa in carico e continuità di cura e assistenza</p>	<p>Migliorare la qualità della vita delle persone a forte svantaggio sociale e sanitario (in particolare: persone non autosufficienti e con patologie croniche nell'ambito della salute mentale...) e delle loro famiglie e/o care giver</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Offrire servizi socio-sanitari di sostegno al domicilio e in strutture protette agli utenti e al loro care giver</li> <li>Offrire interventi di sollievo al care giver</li> <li>Offrire attività di counseling e servizi a distanza (e-care)</li> <li>Offrire attivamente servizi di tutela e monitoraggio (fragilità)</li> </ul>	<p>Percezione dello stato di salute e delle condizioni di vita</p>	<p><u>Descrizione</u> Indagine ad hoc (ex ante ed ex post)</p> <p><u>Significato</u> Si vuole valutare la percezione delle popolazioni target in merito alle condizioni generali di qualità della vita</p>	<p>Valori migliorativi rispetto alla valutazione ex ante (2009)</p> <p>Non pertinenti</p>		
	<p>Garantire servizi socio-sanitari adeguati agli standard regionali e omogenei nei tre Distretti/Zone</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aumentare l'offerta nell'ambito degli interventi di sostegno al domicilio (assistenza dom. e assegni di cura)</li> <li>Garantire processi di riabilitazione orientati all'autonomia sociale per persone disabili, dipendenti da sostanze, con problemi di salute mentale, riducendone la istituzionalizzazione impropria (...)</li> </ul>	<p>Capacità di offerta di servizi socio-sanitari</p>	<p><u>Descrizione</u> Insieme dei servizi domiciliari, semiresidenziali e residenziali su pop. target specifiche e a confronto con i tre Distretti/Zone</p> <p><u>Significato</u> Si vuole valutare la capacità di un territorio di offrire servizi nell'area socio-sanitaria coerenti con gli standard regionali</p>	<p>Prossimi alla migliore performance regionale in tutte le Zone/Distretti</p>	<p>Anziani: media RER (anno 2006): 7%; miglior performance: 8,2%</p>	
	<p>Garantire la migliore condizione di accessibilità ai servizi territoriali (in particolare ai servizi consultoriali, ai servizi di salute mentale, ai servizi sociali, all'assistenza primaria) e di continuità nella presa in carico</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Garantire la continuità nei percorsi relativi alla IVG, percorso nascita, percorsi di cura e assistenza rivolti a disabili e utenti con programmi di riabilitazione e inserimento sociale</li> <li>Accesso telefonico e diretto in tutte le strutture secondo criteri di semplificazione</li> <li>Assicurare qualità ambientale rete ambulatoriale assistenza primaria (...)</li> </ul>	<p>Percezione delle condizioni di comfort, accessibilità e continuità della presa in carico</p>	<p><u>Descrizione</u> Indagine ad hoc (ex ante ed ex post)</p> <p><u>Significato</u> Si vuole valutare la percezione dei cittadini in merito alle migliorate condizioni di accessibilità</p>	<p>Valori migliorativi rispetto alla valutazione ex ante (2008)</p>	<p>Non pertinenti</p>	
	<p>Garantire le migliori condizioni di accessibilità (culturale, edilizia e urbanistica), di presa in carico, di umanizzazione e personalizzazione nei servizi sanitari ospedalieri, (con particolare riferimento alle fasi più critiche : le dimissioni verso altre strutture e verso il domicilio)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Presidiare i percorsi assistenziali e personalizzare la presa in carico con l'individuazione del responsabile del caso (case manager)</li> <li>Garantire le migliori condizioni di comfort, e il consenso informato</li> <li>Garantire le condizioni di responsabilità nei servizi di ricovero e specialistica (tempi attesi) in particolare nelle aree più critiche</li> </ul>	<p>Tempi di attesa</p>	<p><u>Descrizione</u> Esame dei tempi di attesa registrati nel triennio</p> <p><u>Significato</u> Si vuole valutare il rispetto dei tempi di attesa standard</p>	<p>Valori indicati dalla RER (obiettivi alle Aziende sanitarie alla fine del triennio)</p>		

Aree strategiche	Obiettivi prioritari	Obiettivi specifici	Indicatori per la valutazione	Descrizione e significato degli indicatori	Valori attesi (alla fine del triennio)	Valori standard (Note)
Sviluppo della comunità e coesione sociale	Migliorare la percezione di sicurezza e le condizioni di coesione sociale in tutta la popolazione e in specifici target (anziani soli)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Offrire attivamente servizi di mediazione sociale e interventi di prossimità nelle situazioni di maggior conflittualità o rischio sociale e sanitario</li> <li>▪ Offrire servizi di sostegno diretti e a distanza (telefonata sociale) a persone anziane sole</li> <li>▪ Offrire servizi di educazione (con adulti significativi e tra pari) alla legalità e al rispetto delle regole</li> <li>▪ (...) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Garantire i supporti alle funzioni genitoriali di cura dei bambini e degli adolescenti</li> <li>▪ Garantire i supporti alle famiglie con alti carichi assistenziali (non autosufficienza e cronicità)</li> <li>▪ Garantire i supporti alle famiglie con alti fattori di rischio (multiproblematiche)</li> <li>▪ Garantire supporti a contrasto delle povertà</li> </ul> </li> <li>▪ (...) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Garantire offerta attiva alle donne al domicilio nelle fasi pre e postnatali</li> <li>▪ Garantire offerta attiva e programmi personalizzati di cura per le persone con malattie croniche nell'ambito dell'assistenza primaria</li> <li>▪ Garantire offerta attiva ai non autosufficienti e ai fragili (monitoraggio fragili, servizi a distanza e ricoveri di sollievo)</li> <li>▪ Creazione di Spazi Giovani e centri di aggregazione giovanile</li> <li>▪ Creazione o consolidamento di interventi di strada, di educazione alla legalità</li> </ul> </li> </ul>	Percezione della sicurezza/insicurezza, della qualità della vita e della coesione sociale della comunità	Descrizione Indagine ad hoc (ex ante ed ex post)  Significato Si vuole valutare la percezione dei cittadini in merito alle migliorate condizioni di accessibilità	Valori migliorativi rispetto alla valutazione ex ante (2008)	Non pertinenti
	Garantire alle famiglie il sostegno necessario per facilitare le loro funzioni di cura specialmente nelle situazioni a maggior svantaggio socio-relazionale e sanitario	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Garantire offerta attiva alle donne al domicilio nelle fasi pre e postnatali</li> <li>▪ Garantire offerta attiva e programmi personalizzati di cura per le persone con malattie croniche nell'ambito dell'assistenza primaria</li> <li>▪ Garantire offerta attiva ai non autosufficienti e ai fragili (monitoraggio fragili, servizi a distanza e ricoveri di sollievo)</li> <li>▪ Creazione di Spazi Giovani e centri di aggregazione giovanile</li> <li>▪ Creazione o consolidamento di interventi di strada, di educazione alla legalità</li> </ul>	Percezione di soddisfazione	Descrizione Indagine ad hoc  Significato Si vuole valutare la soddisfazione di alcuni target raggiunti da interventi di sostegno	Valori da concertare con portatori di interessi in gioco	Dopo il primo triennio si possono valutare gli esiti con indagini ad hoc sulla Qualità della vita, di soddisfazione, di esito
Cultura della sicurezza	Garantire offerta attiva e servizi di prossimità alle persone e alla comunità di servizi quali fattori protettivi per la salute e il benessere	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Contenere i rischi di infortunio negli ambienti domestici, attivando adattamento (priorità: prevenzione delle cadute)</li> <li>▪ Prevenire i rischi negli ambienti lavorativi più pericolosi, con attenzione alle popolazioni di nuova immigrazione</li> <li>▪ Contenere incidentalità e rischio di limitazioni e morte sulle strade, con priorità alle popolazioni più deboli (ciclisti, pedoni)</li> <li>▪ (...) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Contenere i rischi di infortunio negli ambienti domestici, attivando adattamento (priorità: prevenzione delle cadute)</li> <li>▪ Prevenire i rischi negli ambienti lavorativi più pericolosi, con attenzione alle popolazioni di nuova immigrazione</li> <li>▪ Contenere incidentalità e rischio di limitazioni e morte sulle strade, con priorità alle popolazioni più deboli (ciclisti, pedoni)</li> </ul> </li> </ul>	Iniziativa con caratteristiche distintive di proattività e prossimità nelle aree della maternità, infanzia adolescenza, e non autosufficienza	Descrizione Numero di iniziative e persone raggiunte da programmi attivati nel triennio con caratteri distintivi di proattività e prossimità  Significato Si vuole valutare la capacità del sistema di attivare servizi e interventi attivi nelle aree oggetto di intervento	Valori da concertare con portatori di interessi in gioco	Dopo il primo triennio si possono valutare gli esiti con indagini ad hoc sulla Qualità della vita, di soddisfazione, di esito
	Ridurre i rischi e i danni in ambiente domestico (target: disabili e anziani) e lavorativo (target: immigrati stranieri) e sulle strade ad alta incidentalità	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Contenere i rischi di infortunio negli ambienti domestici, attivando adattamento (priorità: prevenzione delle cadute)</li> <li>▪ Prevenire i rischi negli ambienti lavorativi più pericolosi, con attenzione alle popolazioni di nuova immigrazione</li> <li>▪ Contenere incidentalità e rischio di limitazioni e morte sulle strade, con priorità alle popolazioni più deboli (ciclisti, pedoni)</li> <li>▪ (...) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Contenere i rischi di infortunio negli ambienti domestici, attivando adattamento (priorità: prevenzione delle cadute)</li> <li>▪ Prevenire i rischi negli ambienti lavorativi più pericolosi, con attenzione alle popolazioni di nuova immigrazione</li> <li>▪ Contenere incidentalità e rischio di limitazioni e morte sulle strade, con priorità alle popolazioni più deboli (ciclisti, pedoni)</li> </ul> </li> </ul>	Indici di incidentalità, morbilità e mortalità	Descrizione Rapporto tra evento (es: incidente) e popolazione target  Significato Si vuole valutare i risultati in termini di outcome di alcuni specifici interventi	Valori migliorativi rispetto alle condizioni di partenza (2008)	All'avvio di ogni specifica iniziativa possono essere indicati valori attesi più puntuali in ragione delle caratteristiche del progetto

Aree strategiche	Obiettivi prioritari	Obiettivi specifici	Indicatori per la valutazione	Descrizione e significato degli indicatori	Valori attesi (alla fine del triennio)	Valori standard (Note)
	<p>Aumentare le capacità di autocontrollo e la responsabilizzazione dei soggetti produttori e della catena di commercializzazione e degli organizzatori di eventi rivolti ai giovani</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aumentare i controlli (unità produttive e addetti) e la valutazione delle capacità di controllo e applicazione dei dispositivi di sicurezza nei comparti più critici per la salute (alimentazione...)</li> <li>▪ Vincolare gli organizzatori di eventi a misure preventive di sicurezza quando coinvolgono le giovani generazioni</li> <li>▪ (...)</li> </ul>	<p><b>Unità produttive e addetti coperti da iniziative di controllo e autovalutazione dei rischi</b></p>	<p><u>Descrizione</u> Rapporto unità produttive e/o addetti che hanno attive iniziative di controllo della sicurezza e unità/addetti totali</p> <p><u>Significato</u> Si vuole valutare la copertura delle iniziative di controllo e autocontrollo nei comparti più critici</p>	<p>Valori migliorativi rispetto alle condizioni di partenza (2008)</p>	<p>Si possono valutare anche gli esiti nei comparti in questione campionandone una quota e valutando ex ante ed ex post le condizioni di sicurezza (n. incidenti, n. infortuni...)</p>
	<p>Migliorare il rapporto con i soggetti rappresentativi della società civile e del terzo settore sul piano della informazione e condivisione e delle garanzie verso l'utenza</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rendere disponibile un Bilancio di missione ogni anno e alla scadenza del triennio</li> <li>▪ Garantire la presenza di una "Carta dei servizi" e di processi di miglioramento continuo della qualità in tutti i servizi pubblici e privati</li> <li>▪ (...)</li> </ul>	<p>a) Documento di rendicontazione sociale; b) Carta dei servizi; c) Indice di gradimento degli stakeholders</p>	<p><u>Descrizione</u> a) Documento redatto secondo i criteri della rendicontazione sociale; b) Carta dei servizi redatta con riferimento agli impegni e alle garanzie per l'utenza; c) indagine ad hoc</p> <p><u>Significato</u> a) capacità di comunicare i risultati di un piano; b) capacità di dare garanzie formali agli utenti; c) valutare la soddisfazione degli stakeholders in merito alla capacità di comunicare gli esiti</p>	<p>a) documento alla fine del triennio b) documento presente nelle organizzazioni principali (Ausl, Servizi Sociali Comuni, ASP, Strutture residenziali) c) Valori da concordare con portatori di interessi in gioco</p>	
<p>Lavorare in rete e rafforzare i legami</p>	<p>Rendere visibili i "patti" con le parti sociali e gli accordi tra servizi, Enti e A.G.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rinnovare gli Accordi-quadro con le istituzioni scolastiche per l'inserimento dei disabili</li> <li>▪ Rinnovare gli Accordi di Programma e le convenzioni tra EE.LL. e Ausl per la gestione integrata dei servizi socio-sanitari</li> <li>▪ Formalizzare Protocolli Operativi nelle aree di bisogno e servizio più critiche (maternità e infanzia, sostegno responsabilità genitoriali, riabilitazione sociale disabili e salute mentale, disabilità infantile) e nelle aree di confine (passaggio età adulta, doppie diagnosi sociali e sanitarie)</li> </ul>	<p><b>Documenti formalizzati, validati e autorizzati dai diversi Enti coinvolti</b></p>	<p><u>Descrizione</u> Presenza di protocolli e procedure formalizzati</p> <p><u>Significato</u> Si vuole valutare la capacità di condividere iniziative e impegni tra Enti e Istituzioni e la loro capacità di rendere trasparenti tali patti</p>	<p>Documenti redatti secondo i criteri di qualità/accreditamento</p>	

Area strategiche	Obiettivi prioritari	Obiettivi specifici	Indicatori per la valutazione	Descrizione e significato degli indicatori	Valori attesi (alla fine del triennio)	Valori standard (Note)
Equità distributiva	Assicurare l'equità distributiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rendere tendenzialmente omogeneo il finanziamento dei servizi sanitari e socio-sanitari nelle tre aree territoriali</li> <li>▪ Equilibrare le risorse impiegate nell'area socio-sanitaria</li> <li>▪ Garantire pari opportunità alle popolazioni servite in ragione dei loro bisogni e dei loro diritti esigibili</li> </ul>	Costo medio procapite su base distrettuale (sanità e socio-sanitario)	<p><u>Descrizione</u> Costi mediamente assorbiti dalla popolazione residente (nelle aree interessate di spesa)</p> <p><u>Significato</u> Si vuole valutare la capacità di tenere in equilibrio le risorse investite e consumate dalla popolazione</p>	Tendenziale riduzione del divario nel consumo medio procapite di risorse	
Disuguaglianza accesso ai servizi	Contrastare le disuguaglianze di accesso ai servizi che interessano le popolazioni più deboli	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Garantire diffusa informazione multilingue e servizi di orientamento</li> <li>▪ Garantire mediazione culturale e formazione all'interculturalità per gli operatori dei servizi pubblici a contatto con popolazioni immigrate</li> </ul>	Indice di soddisfazione	<p><u>Descrizione</u> Indagine ad hoc (eventuale campione utenza)</p> <p><u>Significato</u> Si vuole indagare la capacità di attivare servizi di informazione mediazione per garantire migliori condizioni di accesso ai servizi</p>	Valori migliorativi rispetto alle condizioni di partenza	Valori di partenza da indagare
Integrazione delle politiche	Assicurare l'integrazione delle politiche maggiormente incidenti sulla salute e sul benessere	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Garantire politiche orientate all'aiuto e supporto nella ricerca di una casa alle popolazioni più vulnerabili</li> <li>▪ Garantire opportunità e percorsi di inserimento lavorativo per le persone più vulnerabili socialmente</li> <li>▪ Consolidare le politiche educative e scolastiche per sostenere e integrare le responsabilità genitoriali e in funzione tutelare verso i diritti dei bambini</li> <li>▪ Consolidare le politiche dell'assetto territoriale (ambiente, urbanistica, viabilità...) per contrastare i rischi per la salute in tutti i luoghi di vita</li> <li>▪ Sviluppare le politiche giovanili, del tempo libero e della cultura in funzione della partecipazione degli adolescenti e dei giovani e delle loro capacità di mutuo-aiuto verso i pari</li> <li>▪ Innovare le politiche della sicurezza orientandole allo sviluppo di una cultura del rispetto delle regole e del diritto alla salute in tutti gli ambiti di vita</li> </ul>	Indice di soddisfazione portatori di interesse	<p><u>Descrizione</u> Indagine ad hoc</p> <p><u>Significato</u> Si vuole indagare la capacità di attivare in maniera integrata le politiche per la salute e il benessere</p>	Valori da concertare con portatori di interessi in gioco (gruppo di promotori/valutatori)	Portatori di interessi da individuare in fase iniziale di implementazione del/i piano/i

## Allegato 1: Integrazione delle politiche

### Schede delle azioni e progetti delle Politiche incidenti sulle condizioni di benessere e salute

Elenchiamo le azioni e i progetti - valutati come più significativi dai redattori del presente documento - per ognuna delle politiche riportate al paragrafo 2.3 tratte dalla Relazione Generale (e dall'allegato 2: Attuazione delle Politiche di Piano: azioni e progetti) del Piano Territoriale di Coordinamento Provinciale (PTCP) pubblicato nel B.U.R. Emilia Romagna n. 65 del 10.05.2006.

#### SCHEDA 1: RISCHIO AMBIENTALE E USO RAZIONALE E SOSTENIBILE DELLE RISORSE

- Promozione e sviluppo dei progetti di "Agenda 21" locale
- Realizzazione attività di ricerca sui temi ambientali e di diffusione delle informazioni per la promozione e lo sviluppo delle tematiche ambientali
- Certificazione EMAS del territorio dei comuni della Comunità Montana
- Individuazione e utilizzo delle fonti energetiche rinnovabili e promozione del risparmio
- Piano di risanamento della qualità dell'aria
- Ristrutturazione della rete provinciale di monitoraggio atmosferico attraverso il completamento monitors e il loro posizionamento
- Potenziamento della rete di monitoraggio dell'inquinamento elettromagnetico
- Valorizzazione corsi universitari e potenziamento della ricerca in campo ambientale
- Promozione di studi naturalistici per la conoscenza e conservazione del patrimonio ambientale delle zone di pianura
- Valorizzazione e qualificazione di percorsi naturalistici - culturali

#### SCHEDA 2: QUALIFICAZIONE DELLA STRUTTURA ECONOMICA E PROMOZIONE DELL'ECONOMIA DELLA CONOSCENZA

- Favorire e sostenere la realizzazione di una formazione integrata tra istruzione, formazione professionale e lavoro; assicurare continuità tra le diverse fasi e tipologie formative: tra i diversi cicli scolastici, tra scuola, formazione professionale e Università.
- Sostenere i processi di trasformazione dalla conoscenza alla creazione di valore economico, valorizzando il ruolo della ricerca e favorendo il trasferimento tecnologico in primo luogo per rafforzare la competitività.
- Garantire la sicurezza sul lavoro, contrastando il lavoro nero e tutte le forme di irregolarità.
- Promuovere e sostenere l'innovazione e il rafforzamento delle PMI, private e cooperative.
- Sostenere la promozione di reti di imprese favorendo alleanze e aggregazioni che rafforzino la capacità delle imprese del territorio ad effettuare investimenti ad alto contenuto tecnologico.
- Sostenere lo sviluppo di società, consorzi privati e misti per l'export, lo sviluppo di partenariati, il rafforzamento e la qualificazione di rapporti di gemellaggio in campo economico.

**SCHEDA 3: MERCATO DEL LAVORO - FORMAZIONE AL LAVORO- FLUSSI DI IMMIGRAZIONE**

- Sviluppare progetti attivati di concerto fra Enti Locali, Università e realtà economiche, volti a favorire una maggiore finalizzazione delle attività di studio e ricerca, di trasferimento delle conoscenze al sistema delle imprese del territorio.
- Sostenere la crescita della cultura e delle conoscenze scientifiche in ogni campo valorizzando il ruolo strategico della scuola e della formazione lungo tutto l'arco della vita.
- Riqualificare le esperienze di alternanza scuola-lavoro per gli studenti della scuola media superiore, accentuandone il carattere formativo ed orientativo, ed affinando le competenze pedagogiche dei tutor aziendali.
- Consolidamento e innovazione degli interventi di orientamento nella scuola media a supporto delle scelte di percorso professionale o di studio.
- Affrontare i nuovi problemi del mercato del lavoro ponendo particolare attenzione al mondo delle nuove professioni, governare in termini corretti i flussi migratori, favorendo al contempo una reale integrazione sociale.
- Riforma del Collocamento: attivazione dei Centri per l'impiego.
- Promozione di strumenti di Politica attiva del lavoro e sviluppo dell'integrazione fra formazione e servizi per l'impiego.

**SCHEDA 4: ISTRUZIONE E FORMAZIONE**

- Attuazione di un sistema di istruzione e formazione professionale orientato a innalzare i livelli culturali e professionali e ad assicurare pari opportunità di accesso a tutti i gradi dell'istruzione lungo tutto l'arco della vita.
- Realizzazione dell'osservatorio sulla scolarità attraverso l'attuazione di un sistema informatizzato di dati e di documentazione delle innovazioni per supportare il miglioramento dell'offerta formativa.
- Sostegno a modalità di insegnamento funzionali a orientare gli allievi e le loro famiglie nella scelta dei percorsi formativi e a quelle che utilizzano il mondo del lavoro e dell'impresa come ambiti dei quali realizzare apprendimento (alternanza scuola lavoro, stages, tirocini, ecc).
- Favorire l'arricchimento e il potenziamento dell'offerta formativa delle istituzioni scolastiche autonome.
- Sostenere progetti per la continuità educativa ed il raccordo fra i servizi educativi e la scuola dell'infanzia.
- Sostenere i diritti di accesso e frequenza per gli allievi più deboli.
- Sviluppare l'integrazione scuola/formazione nella fascia di età del diritto/dovere all'istruzione-formazione.
- Realizzare strumenti informativi per l'orientamento dei giovani, che costituiscano la base di conoscenze comuni e condivise verso cui far convergere gli interventi di orientamento.
- Ampliamento dei servizi e delle provvidenze relative al diritto allo studio universitario (posti alloggio, ristorazione, sale studio) nella prospettiva dell'insediamento di ulteriori corsi e facoltà.
- Collaborazione tra Università, Provincia e Comuni per lo sviluppo dei rapporti tra le iniziative culturali e gli insegnamenti universitari.
- Realizzazione di ulteriori corsi di Laurea, di Lauree Brevi, di corsi post Laurea in versanti innovativi collegati alle peculiarità e alle potenzialità locali.

#### SCHEDA 5: OFFERTA CULTURALE E SPORTIVA

- Favorire l'apertura dei musei e dei beni culturali al fine di elevarne la fruibilità.
- Implementazione degli strumenti tecnologici per la promozione dei musei del territorio, e per la realizzazione di circuiti culturali al fine di valorizzare il patrimonio.
- Realizzazione di un'infrastruttura di rete bibliotecaria a servizio del cittadino per l'accesso all'informazione e alla conoscenza.
- Costituzione di un polo comunicativo-tecnologico all'interno del Sistema bibliotecario nazionale - rete bibliotecaria di Romagna.
- Valorizzazione della programmazione, della produzione e della gestione delle attività musicali, del cinema e del teatro.
- Progetto cinema: creazione di sale cinematografiche e laboratori per l'attività cinematografica.
- Sostegno alle società sportive per attività agonistica
- Sostegno alla pratica sportiva per disabili
- Valorizzazione delle strutture golfistiche e del turismo sportivo

#### SCHEDA 6: POLITICHE PER LA CASA E SVILUPPO URBANO

- Qualificazione dei quartieri: animazione sociale, culturale e sportiva, presenza di esercizi e servizi pubblici indispensabili.
- Recupero sedi da adibire a centro culturale multimediale, di spettacolo e di aggregazione giovanile.
- Realizzazione di alloggi di edilizia residenziale pubblica
- Sostegno allo sviluppo dell'attività di servizio per la ricerca di alloggi in locazione
- Qualificazione delle Politiche per la casa: canoni Erp, promozione di interventi di edilizia convenzionata, affitti concordati, affitti a costi contenuti, ....
- Disponibilità di alloggi per giovani coppie, anziani, famiglie con disabili, immigrati, lavoratori in mobilità, studenti e famiglie mononucleari con minori a carico.
- Disponibilità di alloggi per "pronta emergenza"

#### SCHEDA 7: MOBILITA'

- Promozione e sviluppo dei Progetti di "Agenda 21 Locale"
- Piano di risanamento della qualità dell'aria
- Attuazione Piani Urbani del Traffico dei Comuni
- Interventi di miglioramento della sicurezza della circolazione sulla rete stradale secondaria.
- Realizzazione di un sistema di piste ciclabili a servizio del territorio provinciale.
- Realizzare un sistema di piste ciclabili, con particolare vocazione ciclo-turistica, a potenziamento della rete di itinerari turistico sportivi.
- Interventi per favorire sia l'attività cicloturistica che l'attività agonistica del ciclismo su strada, anche attraverso la realizzazione di percorsi protetti nella rete stradale del territorio provinciale e valorizzazione dei percorsi vocati per la mountain bike.
- Riorganizzazione, potenziamento e integrazione del trasporto pubblico per persone, su ferro e gomma.
- Potenziare la rete delle infrastrutture e dei sistemi della mobilità per assicurare maggiore accessibilità a persone e merci.
- Organizzazione dei transfert turistici, per il collegamento degli scali ferroviari ed aerei con le località turistiche.

## Allegato 2: Valutazione azioni PAL 2004-2006

La Conferenza Territoriale e Sanitaria e Sociale della provincia di Ravenna ha approvato nel 2004 il Pal (Piano Attuativo Locale), il più importante strumento di programmazione sanitaria a livello provinciale.

Gli obiettivi strategici a cui si richiamava il PAL erano:

- fornire ai cittadini servizi e prestazioni sanitarie qualificate diffuse e accessibili nel territorio;
- valorizzare e qualificare il sistema ospedaliero provinciale incentrato sugli ospedali di Ravenna, Faenza e Lugo, promuovendone l'integrazione e realizzando i necessari investimenti edilizi e tecnologici;
- garantire la continuità assistenziale tra ospedale e territorio integrando al meglio l'assistenza sanitaria con quella sociale;
- assumere, coerentemente alla filosofia dei Piani per la Salute, i temi della prevenzione in generale, e in particolare di quelli degli ambienti di lavoro, della promozione di stili di vita sani e del benessere come linee guida delle azioni sanitarie;
- integrare il sistema provinciale dell'offerta sanitaria affidando al privato accreditato un importante ruolo di complementarietà e di supporto nel quadro del piano di riduzione delle liste d'attesa;
- orientare l'attività dei Distretti, attraverso i loro Piani Territoriali, in direzione del rafforzamento del ruolo dei Medici di medicina generale, attraverso i nuclei delle cure primarie e di una qualificazione dell'assistenza rivolta alla popolazione anziana, all'infanzia, ai giovani, alle problematiche femminili, alla disabilità, alla salute mentale, alle dipendenze patologiche e all'assistenza turistica.

Per dare attuazione a questi principi e realizzare le indicazioni contenute nel PAL la Direzione Generale dell'Ausl ha avviato le azioni per:

- il miglioramento del governo unitario dell'assistenza ospedaliera;
- una migliore integrazione del sistema di produzione;
- lo sfruttamento adeguato ed efficiente delle risorse tecnologiche;
- il miglioramento continuo del grado di adeguamento qualitativo dei servizi, nelle sue molteplici componenti;
- la pratica e la trasparenza della partecipazione organizzativa dei professionisti della salute e la partecipazione decisionale di coloro che ricoprono posizioni di responsabilità organizzativo-gestionali.

### Sistema ospedaliero

Con riguardo alla riorganizzazione e qualificazione del sistema ospedaliero, i risultati ottenuti sono stati i seguenti:

#### Area Chirurgica

- Sviluppo della Chirurgia Gastroenterologica a Ravenna e della chirurgia innovativa del piano pelvico a Faenza in integrazione professionale con l'équipe chirurgica di Ravenna;
- sviluppo del progetto del linfonodo sentinella nelle tre sedi per il carcinoma della mammella;

- sviluppo della chirurgia vascolare come punto di riferimento Hub per la provincia in integrazione con la Radiologia Interventistica di Ravenna e la Medicina Vascolare di Faenza.

#### Ginecologia e Ostetricia

- Implementazione dell'attività di integrazione della Chirurgia Ginecologica Oncologica di alta complessità;
- sviluppo della competenza distintiva di Chirurgia Endoscopica a Faenza;
- sviluppo dell'attività di Procreazione Assistita a Lugo;
- riorganizzazione dei tre Punti Nascita aziendali con l'applicazione del progetto pediatria e concentrazione dei parti a rischio nel punto nascita di Ravenna Hub per la provincia (essendo dotato di Neonatologia di II livello);
- implementazione del progetto Analgesia nel parto sulla base delle indicazioni regionali;
- potenziamento dell'offerta di Ostetricia con aumento del numero dei parti.

#### Oculistica

- Mantenimento delle 3 unità operative, una per ambito, con diversificazione delle mission:
  - Ravenna: funzioni di secondo livello, chirurgia retinica e traumatologia dell'occhio, essendo Ravenna Dea di II livello;
  - Faenza: sviluppo della Chirurgia Retinica e della Diagnostica con OCT in integrazione con Lugo;
  - Lugo: chirurgia del segmento anteriore dell'occhio.
- Integrazione nella gestione dei pazienti con glaucoma e nella gestione delle liste di attesa.

#### ORL

- Unificazione dell'unità operativa a livello aziendale con turnazione dei medici nelle tre sedi con attività ambulatoriale e consulenza ai reparti dei tre presidi e unità operativa con posti letto a Ravenna e a Faenza;
- integrazione con attività di foniatria aziendale, sviluppo della chirurgia dell'orecchio medio, del timpano, e delle corde vocali.

#### Ortopedia e traumatologia

- Incremento attività di sala operatoria a Ravenna con suddivisione del programmato e della traumatologia, potenziamento dell'attività ambulatoriale;
- sviluppo dell'attività protesica e della Neurochirurgia del sistema nervoso periferico a Faenza e Lugo;
- potenziamento dell'attività assistenziale dei politraumi nell'ambito dell'organizzazione del Trauma Center di Area Vasta.

#### Terapia Antalgica

- Unità operativa unica aziendale;
- sviluppo dell'attività domiciliare.

#### Urologia

- Realizzazione dell'Unità Operativa Unica Aziendale con implementazione dell'attività chirurgica di degenza breve e Day Surgery;
- sviluppo dell'Attività di Brachiterapia come Hub di Area Vasta e mantenimento della litotrissia.

## Area Emergenza

### Anestesia e Rianimazione

- Integrazione delle équipes dei tre presidi sull'attività di Parto Analgesia e sulle metodiche di assistenza a i pazienti critici;
- potenziamento dell'attività assistenziale in ambito intensivo, dei politraumi nell'ambito dell'organizzazione del Trauma Center di Area Vasta;
- qualificazione certificata dal rilascio dell'accREDITAMENTO.

### Emergenza e Urgenza 118 - Pronto Soccorso

- Attuazione del Progetto Area Vasta per la Centrale 118;
- integrazione medica ed infermieristica fra Pronto Soccorso e 118;
- conferma e riorganizzazione del Punto di Primo Intervento di Cervia;
- consolidamento e completamento della rete di defibrillazione precoce con coordinamento nell'ambito del 118 e punto di riferimento nella U.O. di Anestesia e Rianimazione di Faenza;
- sviluppo del progetto parto analgesia aziendale con riferimento a Ravenna sede di Neonatologia di II livello, secondo la gradualità prevista nelle linee guida regionali;
- qualificazione certificata dal rilascio dell'accREDITAMENTO.

## Area Medica

### Neurologia

- Realizzazione della unica unità operativa aziendale con diversificazione delle mission:
  - Ravenna sede di degenza per il trattamento della patologia acuta, centro di riferimento per l'area aziendale del trattamento dello stroke, essendo stata autorizzata sia per la trombolisi in acuto nella patologia cerebrale ischemica, sia per ricoverare i casi di Stroke a Ravenna, provenienti da Lugo e da Faenza;
  - Faenza: sede con posti letto per il trattamento dello Stroke in pazienti non ellegibili al trattamento trombolitico; sviluppo in questa sede del centro SLA oltre che centro ambulatoriale per la epilessia;
  - Lugo: attività di consulenza per l'Ospedale, attività strumentale EEG, EMg e potenziali evocati, sviluppo di un laboratorio strumentale per la diagnosi del dolore neuropatico oltre alla funzione neurochirurgica del Sistema Nervoso Periferico.

### Cardiologia

- Modello su tre Unità operative;
- sviluppo del trattamento meccanico dell'infarto su Ravenna in integrazione assistenziale con Lugo, Faenza e 118;
- sviluppo della elettrofisiologia e della cardiologia pediatrica.

### Dermatologia

- Unità operativa unica aziendale con sviluppo del progetto "Diagnosi precoce del melanoma", in collaborazione con il Dipartimento Oncologico;
- sviluppo della dermatochirurgia nella sede di Cervia.

### Diabetologia

- Realizzazione della Unità Operativa Unica Aziendale su tre sedi;
- integrazione della gestione del diabete di tipo 2 con i MMG.

### Gastroenterologia

- Realizzazione della Unità Operativa Unica Aziendale su tre sedi e sviluppo di tecniche di terzo livello, Hub per l'area Vasta: tecnica del doppio pallone, enteroscopia e videocapsula; integrazione con la Chirurgia Gastroenterologica di Ravenna;
- implementazione in collaborazione con il Centro Prevenzione Oncologica dello Screening del Colon Retto.

### Geriatrics

- Unità operativa unica aziendale con sviluppo del programma anziani in integrazione con il territorio;
- implementazione del progetto dimissioni protette sia verso il domicilio, che verso le strutture residenziali, in collegamento con la rete delle lungodegenze;
- implementazione dell'attività ambulatoriale per pazienti dementi e pazienti con osteoporosi.

### Lungodegenza

- Mantenimento di posti letto di Lungodegenza post acuzie sia a Faenza che a Lugo che a Cervia;
- attivazione del modello assistenziale di gestione infermieristica per un reparto post acuti a Ravenna ed un reparto post acuti a Lugo, tutti rientranti nella rete delle strutture finalizzate al trattamento della post-acuzie.

### Malattie infettive

- Unità operativa unica aziendale;
- sviluppo del programma assistenza domiciliare, dell'attività di Day Hospital e dell'attività di consulenza ai reparti ed ai professionisti per quanto riguarda la politica degli antibiotici.

### Medicina Interna

- Unità operative presenti sulle tre sedi con diversificazione delle connotazioni specialistiche;
  - Ravenna: sviluppo di pneumologia, reumatologia, endocrinologia;
  - Faenza: mantenimento della vocazione allergologica, sviluppo della medicina vascolare in integrazione con il territorio e gli altri due presidi;
  - Lugo: sviluppo della endocrinologia con riferimento di coordinamento di progetto endocrinologico su scala aziendale.

### Nefrologia

- Unità operativa unica aziendale; realizzazione del Progetto Dialisi Aziendale in collaborazione con il privato, con incremento dei posti letto Dialisi nella provincia, da 54 a 63 così distribuiti:
  - Ravenna Ospedale pubblico 19 posti letto;
  - Ravenna Privato accreditato Domus Nova da 9 a 12 posti letto dialisi con trasformazione da CAL a CAD;
  - Faenza Privato accreditato San Pier Damiano da 6 a 12 posti letto dialisi con trasformazione da CAL a CAD;
  - Lugo pubblico CaD di 14 posti letto dialisi;
  - Cervia Pubblico mantenimento dei 6 posti letto dialisi.

### Pediatria

- Unità operativa unica aziendale;
- implementazione progetto pediatria aziendale con mantenimento nelle tre sedi dell'attività di pediatria a garanzia dell'assistenza ai parti ed alle condizioni di urgenza;

- sistema di Trasporto Neonatale sul punto nascita di Ravenna sede di Neonatologia di II livello;
- mantenimento a Lugo e Faenza di attività di Day Hospital e di Pronto Soccorso, oltre che attività ambulatoriale e di ricovero chirurgico post intervento effettuato in tale sede. Rotazione dei professionisti sulle tre sedi;
- sviluppo dell'attività ambulatoriale specialistica sulle tre sedi.

### **Pneumologia**

- Unità Operativa unica Aziendale;
- realizzazione del progetto di autosufficienza aziendale delle competenze in integrazione sulle tre sedi con unità operativa specialistica con posti letto a Lugo e vocazione pneumologica medica Presso la Medicina di Ravenna e Faenza;
- sviluppo della endoscopia interventistica di I e II livello sulle tre sedi.

## **Area Oncoematologica**

### **CPO**

- Attivazione dello screening del colon retto in integrazione con la gastroenterologia e la chirurgia gastroenterologica di Ravenna;
- attivazione del percorso senologico.

### **Ematologia**

- Unità operativa punto Hub di area Vasta, integrazione assistenziale con Lugo e Faenza;
- attivazione del nuovo reparto con tre posti letto in più di degenza ematologia e 17 posti letto di Day Hospital in integrazione d'uso con la Oncologia.

### **Oncologia**

- Attivazione del nuovo reparto in integrazione con la Ematologia;
- attivazione di percorsi multidisciplinari sulle principali patologie neoplastiche quali il Ca del Polmone, il Ca della Mammella, il Ca del Colon Retto e il melanoma.

### **Radioterapia**

- Integrazione di Area Vasta con gestione comune delle liste di attesa da parte del centro di Ravenna;
- attivazione del secondo acceleratore lineare;
- attivazione della brachiterapia in integrazione con la Urologia Aziendale.

## **Programma Speciale di Patologia e Medicina Trasfusionale**

### **Laboratorio**

- Unità operativa unica aziendale;
- progettazione del Laboratorio Unico Aziendale di Area Vasta con mantenimento dei laboratori a risposta rapida presso Ravenna Lugo e Faenza e trasferimento del Core lab a Pievesestina.

### **Servizio Trasfusionale**

- Realizzazione dell'Unità operativa unica Aziendale;
- progettazione della integrazione di Area Vasta sia dal punto di vista della produzione che dal punto di vista professionale con standardizzazione dell'attività;
- realizzazione della procedura unica integrata in collaborazione con le Ostetricie aziendali per la prevenzione della Malattia Emolitica del Neonato;

- revisione della procedura di appropriatezza per la Buona Pratica Clinica Trasfusionale sia dal punto di vista della sicurezza del sangue trasfuso che dal punto di vista dell'appropriatezza della richiesta da parte dei professionisti;
- revisione della modalità organizzativa della guardia notturna e festiva con validazione in remoto da parte dei medici trasfusionisti.

#### Programma Speciale Radiologia

- Mantenimento dell'attuale assetto su tre sedi, con realizzazione della struttura semplice a valenza aziendale di Neuroradiologia con equipe itinerante sulle tre sedi;
- attivazione della RMN a Ravenna, sostituzione della Tac a Ravenna con una Tac multislices; sostituzione della Tac di Lugo e di Faenza; sostituzione della RMN a Faenza;
- acquisizione del telecomandato digitale a Ravenna e di un nuovo telecomandato a Cervia;
- attivazione sistema Pacs nelle tre sedi.

Altri risultati riguardano:

#### Cervia

- Potenziamento dell'attività ambulatoriale specialistica di branca medica e chirurgica; riorganizzazione della radiologia e del Pronto intervento;
- Implementazione di un Point of Care laboratoristico con possibilità di analisi in loco;
- attivazione degli ambulatori: reumatologico, endocrinologico, di ecocolordoppler, diabetologico, nefrologico, urologico, di dermatochirurgia, di neurochirurgia, nonché l'ambulatorio infermieristico protetto;
- attivazione del servizio di odontostomatologia ed odontoiatria secondo il programma regionale.

#### Lugo

- Implementazione dell'attività di endoscopia diagnostica;
- avvio dell'attività di neurochirurgia del sistema nervoso periferico;
- apertura del nuovo reparto Post-acuti a direzione infermieristica di 14 posti letto.

Sono state costituite tutte le unità operative uniche aziendali con mantenimento a Lugo dell'attività ambulatoriale e di degenza dove prevista e cioè:

- ORL unica aziendale con attività ambulatoriale e di consulenza;
- Terapia Antalgica unica aziendale con attività chirurgica a Lugo e attività di ricovero in degenza breve;
- Urologia unica aziendale con attività ambulatoriale e di ricovero ordinario e in day-hospital;
- Medicina Interna unica di presidio con riorganizzazione interna della stessa;
- Oncologia: prossima apertura dell'hospice ospedaliero;
- Anatomia Patologica: riorganizzazione del servizio con unica sede a Ravenna e mantenimento a Lugo delle attività a contatto con l'utente;
- Radiologia: acquisizione della risonanza magnetica che verrà installata nel prossimo autunno 2008.

## Sistema territoriale

La programmazione attuativa locale dei servizi distrettuali dell'Ausl di Ravenna (PAT) è stata improntata a:

- realizzare un sistema di servizi flessibile e strumentale ad affrontare e dare risposte ai problemi di salute della popolazione di riferimento;
- garantire a tutti i cittadini, indipendentemente dagli ambiti territoriali di residenza, livelli omogenei di assistenza, di qualità e di accessibilità delle prestazioni e dei servizi erogati;
- perseguire una progressiva integrazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta all'interno dell'organizzazione dei servizi distrettuali allo scopo di realizzare un sistema delle cure primarie capace di assicurare la presa in carico e la continuità assistenziale della patologia cronica;
- promuovere e sostenere l'innovazione organizzativa attraverso la valorizzazione delle professioni sanitarie (infermieri professionali, ostetriche, assistenti sanitarie, logopediste, terapisti della riabilitazione, ecc.) e l'innovazione tecnologica attraverso la partecipazione a progetti di rilievo regionale (es. Progetto Sole ) e/o la progettazione in proprio di nuove modalità erogative delle prestazioni (es. Cup telefonico);
- sviluppare e consolidare l'integrazione dei servizi sanitari e sociali operando a livello istituzionale, gestionale e professionale allo scopo di evitare interventi parziali, inefficienti ed inefficaci.

Dal punto di vista dell'offerta dei servizi la principale tendenza evolutiva è stata rappresentata dall'avvio del processo di organizzazione dei Nuclei delle cure primarie e dalla progressiva integrazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta all'interno dei servizi distrettuali e quella dello sviluppo della domiciliarità, sia di tipo sanitario che sociale.

Si riporta di seguito una sintesi dei più significativi risultati conseguiti.

**Giovani.** I servizi per i giovani e gli adolescenti sono stati riorganizzati allo scopo di superare frammentarietà e ripetitività degli interventi attraverso la messa in rete degli operatori che, a vario titolo, operano nei confronti del mondo giovanile, realizzando luoghi “non connotati” dal punto di vista sanitario dove intervenire per intercettare in modo significativo e trattare in modo adeguato il disagio e la sofferenza giovanili.

Si è istituito il Programma Adolescenza, di tipo funzionale, con compiti di coordinamento e di definizione delle relazioni che devono intercorrere tra i vari servizi e le diverse attività di accoglienza e consulenza breve e quelle specialistiche di secondo livello. Si sono costituite équipe multidisciplinari distrettuali per attuare azioni di prevenzione e trattamento precoce del disagio in adolescenza.

Si è sviluppato il Progetto Aziendale Multidisciplinare per la prevenzione, diagnosi e terapia dei Disturbi del Comportamento Alimentare che può contare su di un Ambulatorio Multidisciplinare, il cui obiettivo generale è stato quello di coordinare e migliorare il trattamento di tali disturbi.

Nell'ambito della prevenzione, diagnosi e trattamento dei disturbi neurologici, psichiatrici, psicologici e neuropsicologici dell'età evolutiva, la NeuroPsichiatria Infantile ha sviluppato il proprio approccio multidimensionale, promuovendo una gestione unitaria dei diversi in-

terventi e delle complesse interrelazioni individuo-famiglia-società, nella prospettiva di una presa in carico globale. Sul piano formativo si è investito sull'aggiornamento degli operatori, mentre in ambito organizzativo si è operata una continua verifica delle procedure di presa in carico e dei percorsi diagnostici, terapeutici e abilitativi/riabilitativi con l'adozione di protocolli operativi e linee guida di comprovata validità metodologica e clinica.

**Anziani.** Il riequilibrio dell'offerta distrettuale della rete dei servizi residenziali e semi residenziali per gli anziani non autosufficienti del territorio provinciale ha richiesto una attenta rimodulazione dell'esistente.

Negli ultimi anni infatti si è registrato un fenomeno caratterizzato dalla tendenza sempre più marcata delle famiglie degli anziani non autosufficienti, a ricercare preferibilmente soluzioni che mantengano l'anziano nel proprio contesto di vita. Questo fenomeno, sicuramente favorito dalla presenza delle cosiddette "badanti", di provenienza extracomunitaria e dai costi delle rette delle strutture residenziali, esprime tuttavia anche una crescente richiesta di servizi personalizzati da parte della popolazione.

Sulla base di ciò gli sforzi sono stati in particolare rivolti a tutti quegli interventi che vanno nella direzione del sostegno alle famiglie che assistono gli anziani a domicilio.

Dal punto di vista programmatico, per riequilibrare l'offerta di servizi, il solo Distretto di Ravenna ha visto espandere la rete delle strutture deputate alla residenzialità; l'orientamento è quello di dar luogo a strutture in grado di fornire risposte adeguate ai diversi gradi di complessità assistenziale posti dalla non autosufficienza, e/o strutture orientate verso particolari e ben definite patologie croniche a forte componente invalidante.

L'ulteriore sviluppo della domiciliarità ha rappresentato la prevalente area di espansione dei servizi per gli anziani.

La rete dei servizi di assistenza agli anziani è stata al centro dell'attenzione dei Distretti particolarmente per gli aspetti legati al miglioramento e alla qualificazione dell'assistenza in generale.

**Disabilità.** Sono stati avviati momenti di riflessione e di elaborazione di indirizzi tecnici per affrontare in modo appropriato il problema dell'invecchiamento della popolazione disabile che è stata assistita con interventi di tipo riabilitativo fin dall'età giovanile. Si è agito per delineare percorsi assistenziali appropriati per queste persone, per definire quale tipologia di servizio è più idonea per i loro bisogni e soprattutto per comprendere, sulla base dei dati epidemiologici, quale deve essere il dimensionamento ottimale dei servizi per questa tipologia di utenza.

Sono stati stimati i bisogni di residenzialità per soggetti non autosufficienti, superando la logica, in quest'area, di reti di servizi dedicati a singole popolazioni target.

**Cure Primarie.** Il progressivo invecchiamento della popolazione e il conseguente aumento della patologia cronico-degenerativa, ha reso indispensabile ripensare alla organizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale. L'istituzione dei Nuclei delle Cure Primarie ha rappresentato il livello di intervento che si è attuato in quest'area, allo scopo di realizzare gruppi omogenei e adeguatamente dimensionati (per area geografica, per affinità, ecc.) di medici di medicina generale, che nel tempo potessero condividere comportamenti assistenziali, obiettivi di attività, utilizzo di risorse.

**Età evolutiva.** Nell'ambito delle cure primarie si è promossa l'integrazione funzionale tra équipe di Pediatria di Comunità e Pediatri di Libera Scelta al fine di fornire livelli essenziali, uniformi e appropriati di assistenza, nella garanzia dell'interdisciplinarietà e della continuità delle cure.

L'attuazione dei programmi ha richiesto altresì, per diverse situazioni, un approccio inter-settoriale che si è realizzato con interazioni, non solo, fra Pediatria di Comunità, Pediatria di Libera Scelta, ma anche, fra Consultorio Familiare, Neuropsichiatria Infantile, Dipartimento di Sanità Pubblica e altre Istituzioni (Scuola, Comune, ecc.), per la complessità dei bisogni della popolazione pediatrica.

In sintonia, pertanto, con la nuova connotazione della Pediatria di Comunità nell'ambito del Dipartimento di Cure Primarie, sono state privilegiate le seguenti linee di attività:

- la prevenzione delle malattie infettive prevenibili con vaccinazione secondo strategie vaccinali e linee di indirizzo regionali e nazionali, con monitoraggio delle reazioni avverse e promozione dell'informazione alla popolazione;
- la continuità assistenziale al bambino malato cronico, individuando percorsi diagnostici, terapeutici, assistenziali, in stretta collaborazione con i PLS, i pediatri ospedalieri, ed eventualmente i servizi sociali di riferimento;
- la promozione alla salute, favorendo nella popolazione in età evolutiva, in accordo con gli obiettivi di salute individuati dai piani per la salute e dalle politiche regionali, l'adozione di stili di vita più salutari tramite interventi di educazione alimentare, prevenzione dell'igiene orale, diffusione e incremento dell'attività motoria.

**Salute Donna.** Particolare attenzione è stata posta alle problematiche delle donne immigrate, sia nell'ambito delle attività garantite presso le sedi consultoriali, sia con percorsi specifici nell'ambito delle medesime, sia con la realizzazione di servizi dedicati; si è dato impulso all'area della comunicazione (mediazione culturale) al fine di garantire una corretta interpretazione e comprensione dei bisogni.

Ulteriori obiettivi della programmazione attuativa locale sono stati il perseguimento dell'omogeneizzazione e della parità di condizioni operative in tutte le realtà consultoriali dell'Ausl, il potenziamento delle connessioni territorio-ospedale per l'assistenza appropriata del percorso gravidanza, nascita, post partum, il potenziamento delle connessioni ospedale-territorio per il trattamento delle patologie peculiari della donna e la revisione organizzativa per la valorizzazione della figura dell'ostetrica, allo scopo di farle assumere un ruolo centrale di riferimento ed organizzazione, in consonanza alle caratteristiche proprie del profilo professionale.

**Assistenza specialistica.** La pianificazione attuativa locale dell'Ausl si è sviluppata sulle seguenti linee:

- adeguamento progressivo quali-quantitativo dell'offerta di prestazioni specialistiche ambulatoriali, allineandola ai livelli prevalentemente osservati in Regione;
- miglioramento della definizione e completezza delle modalità di accesso alle prestazioni attraverso una corretta applicazione delle linee guida ai fini del miglioramento della appropriatezza;
- coordinamento operativo della specialistica ambulatoriale (SUMAI) posto in capo ai responsabili di U.O. nelle discipline di riferimento.

E' stato inoltre riorganizzato il CSA (Centro Servizi Ambulatoriali) con il compito di dare attuazione , a livello delle strutture erogatrici , a quanto la Direzione Aziendale ha stabilito nella programmazione ed ha negoziato con i soggetti erogatori pubblici e privati.

**Cure Palliative.** La realizzazione degli interventi sanitari, socio-sanitari ed assistenziali nell'ultimo periodo di vita delle persone affette da una malattia ad andamento inguaribile, ha rappresentato un obiettivo importante della programmazione attuativa locale, finalizzato a raggiungere la prima integrazione tra interventi sanitari, socio-sanitari e quelli socio-assistenziali, soprattutto nell'ambito delle cure e assistenza domiciliari.

L'assistenza domiciliare sanitaria e socio-sanitaria ai pazienti terminali, l'assistenza residenziale in Hospice a favore dei pazienti terminali, gli interventi ospedalieri a domicilio, sono stati al centro dell'attenzione dei Distretti. La programmazione della rete degli interventi di cure palliative ha visto nel Distretto di Lugo lo sviluppo del progetto del Centro Residenziale di Cure palliative l'attivazione di posti letto in Hospice. Il progetto si è inserito in un più vasto programma di interventi integrati comprendente l'Assistenza Domiciliare integrata con i Nuclei delle cure primarie, l'Assistenza Domiciliare specialistica e le attività di oncologia a ciclo diurno.

La rete assistenziale è stata orientata a un rapporto di integrazione tra l'ospedale e il territorio, tra specialisti (Palliativisti, Oncologi...) e i Medici di Medicina Generale. Gli sforzi sono stati orientati alla offerta di livelli assistenziali a complessità differenziata, adeguati alle necessità del malato (mutevoli anche in modo rapido e imprevedibile), con la possibilità di integrazione tra differenti modelli e livelli di intervento e tra i numerosi soggetti professionali coinvolti (ivi comprese le Onlus ed il privato sociale).

**Salute Mentale.** Gli obiettivi della programmazione attuativa locale per la salute mentale dei minori e degli adulti erano rivolti ad incrementare la promozione della salute mentale, a prevenire la disabilità psichica, a migliorare l'accessibilità ai servizi, a facilitare la presa in cura globale, a garantire la cura completa, a permettere la riabilitazione e la risocializzazione della persona, tutelandone i diritti umani fondamentali.

Per garantire questi risultati si è agito in particolare su 4 aree di attività dei servizi:

- promozione della salute mentale e prevenzione del disagio psichico dei disturbi mentali e delle disabilità psico-fisiche;
- pronta e completa risposta alla emergenza-urgenza;
- presa in cura e trattamento intensivo;
- riabilitazione e trattamento prolungato finalizzato al reinserimento sociale.

E' stata individuata quale sede elettiva per l'erogazione delle prestazioni ai servizi della prima e quarta area il distretto, attraverso la realizzazione di programmi intersettoriali e la stretta integrazione con gli altri servizi sanitari e sociali e le comunità riabilitative pubbliche e private.

Elemento innovativo è stata la riorganizzazione di DSM con l'individuazione di settori trasversali (Emergenza, CSM, Riabilitazione, Dipendenze Patologiche) e la realizzazione del servizio di consultazione del DSM rivolto ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta.

Il Centro di Salute mentale territoriale è stato identificato come nucleo di riferimento per la presa in carico sollecita della domanda, la risposta tempestiva e la continuità della cura.

Le linee di indirizzo per quest'area sono improntate a: realizzare l'omogeneità dei trattamenti e dei livelli di assistenza nei tre ambiti distrettuali, sviluppare e implementare le attività terapeutiche di tipo riabilitativo, realizzare sistemi efficaci di consultazione e di integrazione tra gli psichiatri e i medici di medicina generale e attuare modalità sistematiche di intervento a favore e a sostegno delle famiglie.

**Dipendenze Patologiche.** Gli indirizzi su cui si è consolidata l'assistenza alle dipendenze patologiche sono stati:

- la realizzazione di un percorso di accoglienza (ivi compresa la presa in carico) dei detenuti tossicodipendenti alcolodipendenti;
- la predisposizione di programmi terapeutici personalizzati, a partire da una accurata diagnosi multidisciplinare dei bisogni, in particolare per quanto riguarda i trattamenti farmacologici (metadone, etc.), anche di mantenimento;
- l'attivazione della disponibilità di trattamenti farmacologici sostitutivi tenendo conto del principio della continuità terapeutica;
- l'implementazione di specifiche attività di prevenzione, informazione ed educazione mirate alla riduzione del rischio di patologie correlate all'uso di droghe.

Sul piano della prevenzione sono state sviluppate iniziative volte alla comunicazione verso la popolazione giovanile, utilizzando, per quanto possibile, le forme di comunicazione più tipiche dei giovani e facendo riferimento ai luoghi da essi frequentati.

**Sanità Pubblica.** Nel triennio del PAL il Dipartimento di Sanità Pubblica (DSP) è stato interessato da una importante trasformazione del proprio ruolo, in linea con le tendenze evolutive che si sono registrate su scala regionale.

Tali trasformazioni sono così riassumibili:

1. Il DSP ha assicurato il proprio contributo al complesso sistema della Sanità Pubblica, garantendo l'esercizio delle funzioni di analisi, promozione, orientamento, assistenza e vigilanza sull'insieme dei problemi di salute delle popolazioni e su tutti i fattori determinanti la salute della collettività;
2. L'azione del DSP si è esercitata sia sui rischi negli ambienti di vita e di lavoro, sia sui diversi problemi di sanità pubblica del territorio, privilegiando i temi caratterizzati da maggior diffusione, gravità e percezione, ricercando in tali ambiti il miglioramento continuo della qualità degli interventi e costruendo e/o partecipando ad alleanze ed integrazioni con tutti i soggetti coinvolti;
3. L'attività di vigilanza, che resta comunque un fondamentale e ineliminabile presidio a tutela della salute della comunità, si è configurata sempre meno come controllo puntuale e specifico di osservanza di singole norme. In un contesto in cui le aziende sono responsabilizzate ad assicurare requisiti di qualità e di sicurezza e ad attivare e gestire specifici processi di garanzia, l'azione di controllo dei DSP si è concentrata sempre più sulla verifica della affidabilità dei sistemi e dei processi messi in atto per garantire determinati obiettivi di sicurezza;
4. A questa nuova concezione della vigilanza si è accompagnata la valorizzazione del ruolo di "assistenza" che il DSP deve esercitare nei confronti dell'azienda o, comunque, del soggetto interlocutore, assistenza che non "vicaria" quest'ultimo nell'esercizio delle proprie responsabilità, ma significa interlocuzione, scambio, confronto e stimolo continui.

Il DSP ha contribuito, a livello distrettuale e aziendale, alla lettura e valutazione dei bisogni della popolazione residente, alla identificazione dei rischi per la salute e delle disuguaglianze correlate al territorio, al supporto per la selezione dei problemi, alla programmazione dei servizi ed alle valutazioni di impatto, di efficacia e di efficienza.

In particolare, nel processo di costruzione ed attuazione dei Piani per la Salute, la cui responsabilità istituzionale è in capo agli Enti Locali, il DSP ha operato non solo in termini di supporto, ma anche come strumento di elaborazione e dettaglio tecnico dei Piani.

I Piani per la Salute (PpS) hanno rappresentato uno strumento unificante di pianificazione per la salute, che ha coinvolto attivamente Enti Locali, altre Istituzioni, produttori di servizi, operatori sanitari, Enti pubblici e privati, di rappresentanza sociale, nonché tutto il terzo settore.

Il DSP è stata struttura preposta all'elaborazione dei Piani per la Salute e alla loro realizzazione nelle fasi di:

- 1) ricognizione/rilevazione dei bisogni/problemi: il DSP ha supportato concretamente le autonomie locali nella individuazione dei problemi più rilevanti di salute attraverso specifici percorsi di ascolto e partecipazione dei cittadini e delle loro forme associative e di aggregazione e attraverso consolidati strumenti di analisi epidemiologica;
- 2) selezione delle priorità: in questa fase, centrale nella costruzione dei PpS, è stata fortemente sostenuta, da parte del DSP, la dimensione di "partecipazione", avvalendosi degli strumenti propri della comunicazione, ma anche attraverso l'individuazione di criteri condivisi di selezione delle priorità stesse;
- 3) elaborazione del Piano per la Salute: in questa fase è giunta ad una prima sintesi il lavoro svolto insieme agli altri partners, e si sono definiti gli obiettivi da raggiungere, le azioni da mettere in campo, gli strumenti e le modalità di verifica del processo svolto e dei risultati raggiunti.
- 4) attuazione del Piano per la Salute: in questa fase, il ruolo del DSP ha assunto una doppia valenza: da un lato, assicurare le azioni affidate dal PpS alla propria diretta competenza; dall'altro stimolare gli altri partner a svolgere quanto concordato, a vigilare sul percorso svolto, assicurando il necessario supporto tecnico e metodologico ;
- 5) monitoraggio e valutazione: ultima fase, in cui il DSP ha avuto un ruolo sia tecnico (ad es. attraverso la rilevazione sistematica di quanto realizzato), sia metodologico, per quanto attiene soprattutto la valutazione dei risultati ottenuti, sia, infine, nella stesura di report finali che, restituendo ai partners ed alla comunità precise informazioni sul lavoro svolto e sui risultati raggiunti, consentano di avviare nuovamente il processo, mantenendo alto il livello di partecipazione e insieme il livello qualitativo complessivo del progetto.

Accanto ad un'opera di riequilibrio delle funzioni e delle attività del DSP è stata operata un'opera di diversa composizione professionale delle dotazioni organiche proprie, non solo nel riequilibrio tra le qualifiche tradizionalmente presenti, ma anche acquisendo professionalità nuove, pertinenti ad assicurare le conoscenze e le capacità richieste.

IL DSP ha inoltre concentrato le sue azioni su problemi prioritari di salute negli ambienti di lavoro e di vita.

Azioni sui rischi negli ambienti di lavoro:

1. Il Porto di Ravenna: tale attività è stata effettuata in stretta collaborazione con Autorità Portuale, Capitaneria di Porto, OOSS e Associazioni imprenditoriali ed ha interessato in particolare la cantieristica navale (garantendo un livello adeguato di vigilanza sulle condizioni di sicurezza) ed il carico e scarico merci (sicurezza delle operazioni, impatto

ambientale legato alla movimentazione delle merci sfuse, sicurezza dei prodotti destinati all'alimentazione animale, verifica degli impegni assunti coi protocolli sottoscritti dalle imprese sulla sicurezza e sul controllo delle polveri);

2. Polo chimico, grandi rischi, depositi di merci pericolose;
3. Infortuni lavoro nei comparti critici (Edilizia e metalmeccanica);
4. Ex esposti a CVM (completamento della sorveglianza sanitaria e realizzazione di un progetto di sorveglianza nel tempo con richiesta di impegno diretto anche delle imprese e dei medici di medicina generale);
5. Ex esposti ad Amianto (predisposizione e attuazione di un sistema di assistenza e counseling a rete in collaborazione tra imprese, medici competenti, medici di medicina generale, Ausl);
6. Applicazione del Dlvo 626/94 (realizzazione di specifiche azioni di sostegno ai RLS attraverso progetti di formazione-intervento e supporto informativo; realizzazione di iniziative rivolte ai medici competenti sulla qualità e appropriatezza del loro operare ricercando la collaborazione dell'Ordine dei medici e della sezione ravennate dell'Associazione Nazionale Medici Competenti);
7. Lavoratori extracomunitari e nuove forme di lavoro dipendente (completamento dell'esperienza di formazione dei lavoratori extracomunitari dei macelli, valutazione e possibile estensione a settori critici come l'edilizia; sperimentazione di modalità di collaborazione con le Agenzie di lavoro interinale ecc. sulla formazione alla sicurezza di queste nuove forme di lavoro).

Azioni sui rischi alimentari:

1. Produzione alimenti (Allevamenti, Macelli, Produzione industriale);
2. Ristorazione e turismo;
3. Alimentaristi e nuove norme.

Azioni sui rischi negli ambienti di vita:

1. Scuole (vigilanza controllo e promozione);
2. Malattie infettive Sorveglianza e prevenzione con particolare riferimento alle nuove emergenze;
3. Effetti sanitari dell'inquinamento atmosferico ed elettromagnetico (rapporti con ARPA e con amministrazioni locali).

Azioni sugli stili di vita

1. Incidenti Stradali
2. Fumo
3. Nutrizione

Sul piano del disegno organizzativo è stato ridefinito l'assetto organizzativo DSP, allo scopo di rispondere alla richiesta di trasversalità degli interventi posta dai cambiamenti e nel contempo a garantire la necessaria flessibilità per cogliere le specificità dei singoli territori aziendali.

In particolare è stata confermata l'organizzazione del DSP in tre Aree dipartimentali a dimensione aziendale e in Unità Organizzative a livello distrettuale.

Le Aree Dipartimentali assicurano la direzione tecnico-specifica delle strutture territoriali nell'ambito di competenza e garantiscono una direzione tecnica omogenea e unitaria in tutta l'Azienda attraverso l'elaborazione di protocolli operativi e linee guida, il supporto tecnico specialistico alle strutture territoriali, le verifiche e la valutazione in merito alla

qualità tecnica e alla omogeneità dei comportamenti assicurate dalle strutture territoriali e l'accessibilità ai servizi e il corretto impiego delle risorse assegnate-

Le Unità Organizzative territoriali assicurano l'erogazione delle prestazioni a livello distrettuale, le funzioni di ascolto e valutazione dei bisogni emergenti nel territorio di riferimento, il punto di riferimento sulle materie di competenza per le autorità locali.

Uno specifico impegno è stato assicurato nei confronti delle professioni Tecniche della Prevenzione, sempre più coinvolte sia nella attribuzione di incarichi professionali, sia nella definizione di specifiche posizioni organizzative e incarichi di coordinamento a livello dipartimentale o territoriale, coerentemente con l'organizzazione complessiva del DSP e con gli indirizzi della nuova sanità pubblica

## Investimenti edilizi ed impiantistici

Nel quadriennio 2004-2007 sono stati realizzati investimenti strutturali e tecnologici di modernizzazione previsti e non dal PAL 2004-2006 per oltre 60 milioni, di cui circa la metà (29,5 mln) per investimenti strutturali, circa un terzo (18,8 mln) per le attrezzature sanitarie e oltre 4,8 mln per le tecnologie informatiche.

Di seguito si riporta una tabella di sintesi con gli investimenti più rilevanti realizzati nei tre distretti con riguardo sia alle strutture ospedaliere che territoriali.

Tabella di sintesi degli interventi edilizi realizzati o in corso di realizzazione.

INVESTIMENTI	RAVENNA	LUGO	FAENZA
INTERVENTI EDILIZI PREVISTI DAL PAL 2004-2006 CONCLUSI	<p><b>Strutture territoriali</b></p> <p>Centro di medicina e Riabilitazione RSA di Russi (riconversione presidio sanitario)</p>	<p><b>Strutture territoriali</b></p> <p>Realizzazione RSA di Alfonsine</p>	<p><b>Strutture territoriali</b></p> <p>Completamento della ristrutturazione del Presidio di Brisighella (realizzazione Casa-Alloggio per AIDS)</p> <p>Ristrutturazione della Palazzina ex direzione sanitaria ad uso ambulatoriale</p> <p>Miglioramento di alcuni requisiti di sicurezza R.S.A. di Brisighella</p> <p>Ristrutturazione dell'edificio di proprietà cosiddetto "ex lavanderia" (sede della Direzione del Distretto e degli uffici amministrativi)</p> <p>Acquisto di una nuova sede (Via Zaccagnini, n.22) per servizi sanitari territoriali dell'area delle cure primarie e salute mentale età evolutiva e del Dipartimento di Sanità Pubblica</p> <p>Ristrutturazione di parte dell'edificio noto come ex Batiatico; commissionata alla proprietà, per la realizzazione del Centro Diurno Psichiatrico.</p>
	<p><b>Strutture ospedaliere</b></p> <p>Ampliamento e adeguamento strutturale SPDC (Diagnosi e Cura psichiatrici)</p> <p>Ampliamento e ristrutturazione locali per oncematologia e radioterapia</p> <p>Ristrutturazione radiologia e installazione nuova Tac e RMN</p>	<p><b>Strutture ospedaliere</b></p> <p>Ristrutturazione Camera Mortuaria</p> <p>Nuovo Pronto Soccorso e Radiologia</p> <p>Manutenzione straordinaria aree verdi</p> <p>Percorsi di viabilità e nuova portineria</p> <p>Ristrutturazione e adeguamento del servizio farmaceutico aziendale</p> <p>Ristrutturazione e adeguamento medicina d'urgenza e cardiologia</p>	<p><b>Strutture ospedaliere</b></p> <p>Trasferimento Geriatria da sede esterna</p> <p>Completamento Blocco Ovest con 28 p.l.</p> <p>Ristrutturazione Medicina donne di 28 p.l.</p> <p>Ristrutturazione palazzina CUP e realizzazione polo ambulatoriale</p> <p>Spogliatoi per il personale</p>

INVESTIMENTI	RAVENNA	LUGO	FAENZA
<p>INTERVENTI REALIZZATI O IN CORSO DI REALIZZAZIONE (previsti e non) DAL PAL 2004-2006</p>	<p><b>Strutture territoriali</b></p> <p>Centro diurno di Riabilitazione area Salute Mentale Ambulatori e DH Salute mentale Via Pontenuovo Riorganizzazione strutturale locali di Via Teodorico per assistenza distrettuale Riorganizzazione strutturale per NCP sede presidio sanitario di Russi</p>	<p><b>Strutture territoriali</b></p> <p>Deposito aziendale Farmaceutico Adeguamento ex Ceal per trasferimento sede del Distretto Sanitario Ambulatori polispecialistici di Conselice Ristrutturazione palazzina area cortilizia ex Presidio di Alfonsine per i servizi sanitari del Distretto Ristrutturazione per messa in sicurezza palazzina "Casa delle Suore" area cortilizia del Presidio Socio Sanitario di Alfonsine</p>	<p><b>Strutture territoriali</b></p> <p>Sistemazione piano terra del Presidio di Castelbolognese Definitiva messa in sicurezza del complesso di Brisighella.</p>
	<p><b>Strutture ospedaliere</b></p> <p>Adeguamento e parziale ristrutturazione ex ortopedia per unità operativa Ginecologia Ristrutturazione parziale pronto soccorso Ristrutturazione sala operatoria otorinolaringoiatria Ristrutturazione locali neurologia Ristrutturazione locali ex medicina per nuova Unità operativa Post-acuti Inizio lavori per dipartimento emergenza fase 1 e 2</p>	<p><b>Strutture ospedaliere</b></p> <p>Adeguamento padiglione Materno Infantile Adeguamento 3° e 4° piano edificio Chirurgie per trasferimento Ostetricia-Ginecologia e Pediatria Ristrutturazione ortopedia sala gessi e sala operatoria Adeguamento impianti gas medicinali ospedale Realizzazione Hospice ospedaliero Ristrutturazione palazzina medicine Ristrutturazione 3° piano per attivazione nuova unità operativa Post-acuti Ristrutturazione radiologia per nuova RMN Ristrutturazione ex radiologia per SRRF Ristrutturazione ex SRRF per Poliambulatorio</p>	<p><b>Strutture ospedaliere</b></p> <p>Realizzazione locali per la senologia Ristrutturazione spazi per installazione PACS in radiologia</p>

INVESTIMENTI	RAVENNA	LUGO	FAENZA
INTERVENTI PREVISTI DAL PAL NON REALIZZATI	<p><b>Strutture territoriali</b></p> <p>Nuova sede SERT</p> <p>Centro socio-riabilitativo Salute mentale Via Benaco</p>	<p><b>Strutture territoriali</b></p>	<p><b>Strutture territoriali</b></p>
	<p><b>Strutture ospedaliere</b></p> <p>Ristrutturazione ambulatori e day-hospital ginecologico (intervento già in fase avanzata di progettazione)</p> <p>Sedi per Sert e Simap</p> <p>Ristrutturazione pediatria</p> <p>Ristrutturazione lungodegenza Cervia (progetto già in fase di approvazione)</p>	<p><b>Strutture ospedaliere</b></p> <p>Ristrutturazione padiglione materno - infantile (intervento in fase di progettazione)</p> <p>Ristrutturazione terapia intensiva (progetto già approvato)</p> <p>Intervento di restauro della chiesa di sant'Onofrio</p>	<p><b>Strutture ospedaliere</b></p> <p>Realizzazione Ala Est (alla discussione degli organismi interessati)</p>

## Allegato 3: Sistema di pianificazione integrato

Riportiamo l'insieme degli strumenti principali con i quali i vari livelli di governo (Regione, Provincia, Distretti/Zone, Comuni) pianificano le politiche nell'area sociale e sanitaria e quelle ad esse più collegate.

Pianificazione sociale e sanitaria		
Piano sociale e sanitario regionale	Predisposto dalla RER	Indirizzi per le politiche sociali e sanitarie
Atto di indirizzo e coordinamento	Predisposto dalla CTSS	Indirizzi per le politiche sociali, sociosanitarie e sanitarie; indirizzi per i nuovi PdZ (benessere e salute) e il PAL
Piano di Zona per il benessere e la salute	Predisposto dai Comitati di Distretto	Pianificazione sociale e sanitaria; integra politiche di salute e benessere Ricomprensive i Piani per la Salute (PpS) e i Programmi delle Attività Territoriali (PAT)
Piano Attuativo Locale	Predisposto dalla Ausl Approvato dalla CTSS	Pianificazione sanitaria (non ricompresa nei PdZ)

Piani provinciali integrati a quelli sociali e sanitari		
Piano territoriale provinciale per azioni di integrazione sociale a favore di cittadini stranieri immigrati	Predisposto dalla Provincia	Indirizzi per le politiche di integrazione sociale della popolazione immigrata
Programmi provinciali per la promozione di politiche di accoglienza e tutela dell'infanzia e dell'adolescenza	Predisposto dalla Provincia	Indirizzi per le politiche di tutela e contrasto delle forme di violenza e disagio grave a danno dei bambini e degli adolescenti; affidamenti familiari e in comunità; adozione nazionale ed internazionale

Pianificazione regionale integrata a quella sociale e sanitaria		
Piano Regionale per la prevenzione	Predisposto dalla RER	Indirizzi per le politiche di prevenzione
Linee annuali di programmazione e finanziamento del Servizio sanitario regionale	Predisposto dalla RER	Indirizzi e obiettivi per i direttori generali delle Aziende Sanitarie
Programma triennale per l'integrazione sociale dei cittadini stranieri	Predisposto dalla RER	Indirizzi e obiettivi per le politiche sociali a favore degli stranieri
Piano di Azione a favore delle persone anziane	Predisposto dalla RER	Indirizzi e obiettivi per la popolazione anziana
Programma triennale per l'estensione, il consolidamento e la qualificazione dei servizi socio-educativi 0-3 anni	Predisposto dalla RER	Obiettivi e indirizzi per le strutture e i servizi educativi nella prima infanzia

Pianificazione territoriale		
Piano Territoriale Regionale (PTR)	Predisposto dalla RER	Indirizzi sistema insediativo e infrastrutturale, tutela e sostenibilità territoriale
Piano Territoriale di coordinamento provinciale (PTCP)	Predisposto dalla Provincia (condiviso da tutti i soggetti istituzionali e dalle forze sociali e produttive)	Indirizzi e coordinamento della politica urbanistica dei Comuni Sistema insediativo e infrastrutturale Localizzazione strutture e servizi Tutela e sostenibilità territoriale
Piano Strutturale comunale (PSC)	Predisposto dai Comuni (condiviso da tutti i soggetti istituzionali e dalle forze sociali e produttive)	Piani urbanistici di interesse generale: assetto territorio, sviluppo, attività produttive, commerciali, welfare...

Ciascun Piano ha collegati altri Piani specifici attuativi o di approfondimento (Piano Risana-mento Atmosferico; Piano tutela acque, Piano gestione rifiuti, Piano traffico...)

## **Allegato 4: Valutazioni e proposte per un percorso di realizzazione concertata dell' "Atto di indirizzo e coordinamento - triennio 2009-2011" della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria di Ravenna**

*Documento unitario CGIL, CISL e UIL*

### **Premessa**

CGIL, CISL e UIL ritengono che, l'approccio politico di questa programmazione 2009-2011 riscontri una carenza sul piano del confronto sindacale. Infatti, contrariamente a quanto affermato più volte nell'Atto d'indirizzo, laddove si individua la partecipazione quale elemento centrale della programmazione, le OO.SS. si sono trovate di fronte alla presentazione di un importante lavoro di analisi e di conseguente proposta, che non le ha viste coinvolte attivamente (se non in due interviste individuali) nel corso della sua elaborazione. Di conseguenza, non avendo condiviso il percorso di lavoro si ritiene necessario ricostruire uno spazio di confronto, che veda le Parti impegnate nella concretizzazione della programmazione in atto, a partire dai prossimi Piani di zona per il benessere e la salute, che si devono realizzare nei Distretti entro la fine del corrente anno.

Le Confederazioni sindacali, attraverso la contrattazione sociale territoriale, che si concretizza nel confronto sui bilanci dei Comuni, nella concertazione con la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (C.T.S.S.) e con i Comitati di Distretto (C.d.D.) puntano a svolgere un ruolo di rappresentanza sociale volta a tutelare i diritti di cittadinanza: delle pensionate e dei pensionati, delle lavoratrici e dei lavoratori, che utilizzano ed operano nei diversi servizi (sociali, assistenziali, socio-assistenziali, sanitari, socio-sanitari, educativi, ecc.). Tale rappresentanza per il sindacato significa adoperarsi per servizi di qualità, ai quali si possa accedere con criteri giusti e trasparenti, che rispondano ai bisogni reali dei cittadini, che si realizzino con efficienza, attraverso una compartecipazione alla spesa equa degli utenti e nei quali sia valorizzato il lavoro.

A parere delle scriventi, per la Pubblica Amministrazione riconoscere il ruolo di tale Confederalità è un arricchimento, una parte di quel "Capitale sociale", opportunamente valorizzato nella ricerca rivolta ai cittadini della provincia, che consente la continuità della coesione sociale nel territorio. Questo comporta la valorizzazione e l'esigibilità della concertazione, che va esercitata con chiarezza di ruoli e di contesti.

### **Obiettivi di ordine generale**

Nella presente programmazione oltre a recepire i bisogni espressi dai cittadini occorrerà assumere in termini di priorità l'omogeneizzazione, in ambito provinciale, degli standards quantitativi e qualitativi dei servizi socio-sanitari, nonché le modalità di erogazione degli stessi.

In tal senso è fondamentale la definizione tra le parti, di indirizzi che, nell'ottica dell'integrazione sociale e sanitaria abbiano la finalità di dare unicità e consequenzialità alla programmazione. Pertanto l'impostazione strategica e gli obiettivi dell'atto d'indirizzo devono essere coerenti con i Piani di zona per la salute e il benessere sociale, con i Piani per la Non autosufficienza e infine con il Piano attuativo locale realizzando la progettualità attraverso un'adeguata rete dei servizi.

### **Il percorso del confronto**

L'approccio integrato che ci ha consegnato il Piano Sociale e Sanitario Regionale 2009-2011 richiede un forte intreccio tra le diverse politiche, concetto ripreso nell'Atto d'indirizzo in oggetto e condiviso dal sindacato. Tenere insieme nel territorio le politiche sociali, sanitarie, della casa, dell'ambiente, dell'economia, del lavoro, dell'istruzione e della formazione, dell'immigrazione, della mobilità è la vera sfida della programmazione che ci si appresta a svolgere. E' una sfida che richiede rigore e coerenza, soprattutto da parte di chi ha respon-

sabilità amministrative nelle Autonomie Locali. Inoltre occorre evitare che le emanazioni gestionali, come ad esempio le ASP, non si sostituiscano al ruolo di governo, che l'Amministrazione pubblica deve mantenere.

Per quanto riguarda la presente programmazione sociale e sanitaria, in riferimento al documento di "Atto di Indirizzo e coordinamento" e visto il limitato spazio temporale di confronto è necessario recuperare nell'immediato un percorso di confronto che traduca le affermazioni di principio, anche condivisibili, alla conseguente e coerente pratica, per realizzare un rinnovato governo dei servizi nel territorio.

A questo fine si ritiene che, specifiche politiche trasversali debbano essere preventivamente discusse tra le parti in sede di C.T.S.S. e poi, successivamente in sede di C.d.D., al fine di realizzare l'opportuna omogeneità "nell'innovazione dell'organizzazione dei servizi" nella provincia. In particolare vanno definiti orientamenti per i "Piani per la salute e il benessere sociale" in merito a:

- modalità di informazione ai cittadini sui servizi sociali e sanitari presenti nel territorio, utilizzando tutti e canali possibili, anche sindacali ( Sindacati pensionati, patronati);
- facilitazione all'accesso ai servizi, in particolare quelli sociali, assistenziali, socio-sanitari e relativi strumenti, quali gli sportelli sociali, sportelli unici, ecc., condividendo la necessità di un cambiamento di approccio a tale accesso che si deve caratterizzare attraverso la presa in carico della persona, del prendersi cura della stessa;
- regolamenti dei servizi e delle prestazioni (es. regolamento per l'erogazione dell'assistenza domiciliare).

E' necessario acquisire la concertazione sindacale preventiva all'avvio del confronto sui "Piani per la salute e il benessere sociale", in sede di Comitati di Distretto.

Si intende inoltre evidenziare alcuni temi, sociali e sanitari che vanno concertati e contrattati ai diversi livelli:

- modalità di realizzazione nel territorio delle indicazioni regionali sui dipartimenti di Sanità Pubblica, della Psichiatria e delle Cure primarie;
- governo concertato delle liste d'attesa;
- programmazione e governo dei progetti di AVR, quale patrimonio dei territori interessati;
- rafforzare le politiche rivolte all'infanzia, alla famiglia e a sostegno della genitorialità;
- sostenere l'innovazione dell'organizzazione dei servizi, definendo percorsi negoziali all'interno dei diversi Enti gestori con le Categorie che, garantiscano il personale necessario al funzionamento dei servizi ed al quale vengano garantiti qualità e diritti del lavoro e l'adeguata formazione ed aggiornamento.

### Le verifiche

Il percorso che si è avviato, a partire dal Piano Sociale e Sanitario si caratterizza per l'approccio innovativo questo implica che, contestualmente al sistema integrato che si va realizzando si sviluppi una capacità critica e di verifica, al fine di rispondere alle vere esigenze della comunità. A tal fine si propone:

- monitoraggio e verifica sui Piani di zona per la salute e il benessere, al fine di individuarne la congruenza con gli obiettivi previsti e valutarne la loro continuità;
- monitoraggio e verifica sui Piani per la Non autosufficienza, anche a livello di C.T.S.S., al fine di valutarne eventuali limiti di innovazione, nonché analizzare le ragioni degli avanzi economici riscontrati nei Distretti;
- verifica tra le parti sulla realizzazione del precedente P.A.L. e relativa piattaforma sindacale 2004-2006, al fine di concludere un percorso di lavoro comune, avviando il confronto sulla realizzazione del prossimo 2009-2011.

Sulle politiche della casa, dell'immigrazione, della salute e sicurezza sul lavoro, della non auto sufficienza CGIL, CISL e UIL di Ravenna hanno elaborato le proprie proposte, che considerano parte integrante del presente documento, al fine di realizzare al meglio la programmazione in discussione.

## Allegato 5: La cooperazione sociale nel nuovo Welfare della provincia di Ravenna

*Contributo unitario della cooperazione sociale ravennate all'Atto di indirizzo della Conferenza Provinciale Sociale e Sanitaria*

### INDICE

#### 1.1 Parlare di Welfare oggi è parlare di futuro

- 1.2 Abbiamo chiaro di fronte a noi il panorama delle modificazioni intervenute in un brevissimo arco di tempo nel sistema demografico, sociale ed economico del nostro Paese.
- 1.3 L'organizzazione dei servizi nel nostro territorio, nel corso degli ultimi trent'anni, si è sviluppata in molteplici direzioni, dando vita, sul piano gestionale e di allocazione delle responsabilità, a un insieme eterogeneo e complesso di esperienze nei diversi settori.
- 1.4 Le cooperative sociali hanno svolto, in tutti i servizi dove sono a vario titolo presenti, un ruolo fondamentale di promozione e qualificazione delle capacità lavorative e di progressivo riconoscimento della dignità del lavoro dei propri operatori.

#### 2.1 Alcune tappe significative nel contesto locale e nel recente impegno della Cooperazione Sociale per lo sviluppo del welfare provinciale.

- 2.2 I progetti nell'area dell'inserimento lavorativo e del "Dopo di noi".
- 2.3 Il permanere di contraddizioni e difficoltà nel quadro generale della collaborazione pubblico-privato.
- 2.4 Le criticità di un territorio.

#### 3.1 Un quadro di prospettive a breve e medio termine

- 3.2 Una Agenzia per l'economia sociale
- 3.3 La responsabilità sociale di un'impresa particolare
- 3.4 I Territori Socialmente Responsabili
- 3.5 L'Accreditamento
- 3.6 La salute mentale
- 3.7 I giovani
- 3.8 L'immigrazione
- 3.9 L'infanzia

#### 4.1 L'identità cooperativa come valore aggiunto

## 1.1 Parlare di Welfare oggi è parlare di futuro

E' partendo da questa affermazione che la cooperazione sociale della provincia di Ravenna esprime apprezzamento per il ruolo particolare che le viene attribuito nell'Atto di Indirizzo, un ruolo di partner, diverso anche rispetto agli altri soggetti del terzo settore. Sosteniamo da tempo, infatti, che la cooperazione sociale non può essere relegata a fornitore di prestazioni, ma, come giustamente viene riconosciuto nella parte V "indirizzi per il coordinamento e la partecipazione", ci riteniamo al fianco dell'ente pubblico in tutte le fasi di sviluppo del welfare locale, partendo dall'analisi e dalla coprogettazione, fino alla gestione del servizio, all'implementazione di innovazioni e alla costruzione di percorsi per promuovere diritti di cittadinanza.

Fino a questo momento la cooperazione ha anche contribuito a contenere i costi del welfare locale verso i cittadini e a costituire un elemento di efficienza e flessibilità operativa a favore delle istituzioni, ma alla lunga questo rischia di impoverire un sistema che invece deve evolvere anche nella capacità di investire sul territorio ed equità verso i lavoratori della cooperazione che svolgono ruoli identici a quelli dei colleghi di lavoro con contratto del pubblico impiego.

Il nostro nuovo contratto di lavoro, approvato recentemente ed il superamento del salario medio convenzionale, quasi del tutto realizzato, vanno in questa direzione.

Abbiamo grandi capacità sia in termini di capitale umano, sia in capacità di investimento sviluppo e innovazione sui servizi, e vogliamo avere la possibilità di mettere in campo queste nostre risorse in modo coerente ed integrato nel piano generale di ri-strutturazione del welfare locale.

## 1.2 Abbiamo chiaro di fronte a noi il panorama delle modificazioni intervenute in un brevissimo arco di tempo nel sistema demografico, sociale ed economico del nostro Paese

Tali cambiamenti hanno rivoluzionato radicalmente lo scenario di riferimento:

- la polverizzazione dei nuclei familiari sta progressivamente impoverendo la rete informale di sostegno e cura delle fasce più deboli della popolazione: bambini, anziani e disabili su tutti;
- la crescente presenza di stranieri, che da un lato sopperisce alle esigenze di manodopera del nostro sistema produttivo, dall'altro pone nuove ed irrisolte richieste di integrazione, sia delle prime che delle seconde generazioni;
- l'allungamento delle aspettative di vita delle persone, sintomo del raggiungimento di un benessere diffuso, porta con sé la nascita di nuovi bisogni sociali e sanitari che debbono ancora trovare una risposta di sistema.
- Una sempre maggiore presenza delle donne nel mondo del lavoro, con il relativo aumento del bisogno di servizi di cura, sostegno e sollievo per la famiglia (anziani, giovani, infanzia, ecc.).

La Cooperazione Sociale vuole offrire una immagine unitaria e coesa, da protagonista di esperienze reali di produzione ed erogazione di servizi sociali, interessata ad inserirsi nel dibattito non con finalità di mera rappresentanza di interessi particolari, ma come soggetto che, a partire dalla propria capacità di lettura dei bisogni sociali e socio-sanitari e delle loro trasformazioni, intende concorrere alla definizione di un modello di sviluppo del Welfare locale aperto al contributo di tutti i soggetti politici e sociali, pubblici e privati. Un modello realmente orientato a tutelare i diritti e a garantire l'efficienza e la qualità dei

servizi erogati ai cittadini: un welfare di comunità dove prevalga il senso di responsabilità collettiva verso i bisogni sociali del territorio, dando concretezza ai valori della solidarietà e sussidiarietà.

Riteniamo quindi importante che la Cooperazione porti il proprio contributo in valutazioni e proposte sui temi centrali attualmente in discussione, in una fase in cui stanno arrivando a conclusione importanti processi di decisione politica quali questo Atto di Indirizzo.

**1.3 L'organizzazione dei servizi nel nostro territorio, nel corso degli ultimi trent'anni, si è sviluppata in molteplici direzioni, dando vita, sul piano gestionale e di allocazione delle responsabilità, ad un insieme eterogeneo e complesso di esperienze nei diversi settori.**

Possiamo raggruppare queste esperienze in 3 modelli gestionali:

- Collaborazione tra la cooperazione sociale e le istituzioni pubbliche all'interno di strutture e servizi pubblici (es. AUSL ed ex IPAB);
- Gestione integrale da parte della cooperazione sociale di strutture e servizi pubblici (es. RSA San Rocco, Casa Protetta e Centro diurno Galla Placidia, Centro pluriservizi per Anziani Sant'Umiltà, Assistenza Domiciliare Integrata, Osservatorio Anziani a Faenza, ecc.)
- Strutture e servizi della cooperazione sociale (Case Protette - es. San Pietro in Trento - Comunità alloggio, Centri residenziali - vedi esperienze con anziani, disabili e psichiatrici su tutto il territorio provinciale - e Centri diurni per anziani, disabili fisici e/o psichici, Asilnido - ad es. Tatapatata e Girotondo di Faenza -, ecc.)

Le strutture e i servizi "misti" dove si trovano contemporaneamente ad operare dipendenti pubblici ed operatori delle cooperative sociali, hanno visto spesso il mantenimento in capo ai primi non solo della esclusiva titolarità della funzione pubblica (in seguito riconosciuta dalla legge nazionale e regionale anche alla Cooperazione Sociale), ma anche della programmazione e direzione del servizio, relegando spesso le cooperative alla sola gestione per nuclei dei propri operatori.

**1.4 Le cooperative sociali hanno svolto, in tutti i servizi dove sono a vario titolo presenti, un ruolo fondamentale di promozione e qualificazione delle capacità lavorative e di progressivo riconoscimento della dignità del lavoro dei propri operatori.**

Le professionalità e le potenzialità di questi lavoratori, costituiti spesso da fasce deboli nel mercato del lavoro (soprattutto donne a bassa scolarizzazione), sono state al centro di un progetto di investimento complessivo nel "capitale umano" da parte delle cooperative, valorizzando anche con supporti formativi le loro capacità e potenzialità. A ben considerare, infatti, il capitale umano della cooperazione sociale è costituito per oltre l'85% da donne, contribuendo così in maniera significativa ad ampliare la gamma delle opportunità e rendendo di fatto elevata la capacità di questa provincia di garantire un'adeguata composizione di genere nel mercato del lavoro.

Quando la legge ha riconosciuto il ruolo della cooperazione sociale (L. 381/91) ed il settore si è dotato di un Contratto Collettivo Nazionale, le positive relazioni tra Cooperazione sociale ed organizzazioni sindacali hanno consentito su questa provincia la piena applicazione delle previsioni contrattuali, sia di primo che di secondo livello, ed un inquadramento contrattuale pienamente confacente.

Oggi la Cooperazione sociale a Ravenna rappresenta una realtà importante, costituita da oltre 4.700 soci occupati in più di 60 Cooperative, con un fatturato di oltre 130 milioni di euro.

L'impegno delle cooperative a garantire formazione e qualificazione dei propri lavoratori è tuttora estremamente rilevante: nel corso del 2007 circa 1/3 dei lavoratori hanno partecipato a corsi di formazione e riqualifica.

Non di meno si sta sempre più evidenziando una propensione di questo settore ad assorbire numerosi laureati in facoltà umanistiche e pedagogiche che trovano nella cooperazione sociale un prezioso canale di accesso al mondo del lavoro, quando non addirittura una reale opportunità di carriera all'interno della cooperativa stessa.

## 2.1 Alcune tappe significative nel contesto locale e nel recente impegno della Cooperazione Sociale per lo sviluppo del welfare provinciale.

### 2.2 I progetti nell'area dell'inserimento lavorativo e del "Dopo di noi"

In questi anni il nostro lavoro è stato profondamente segnato, per quel che attiene alla cooperazione di inserimento lavorativo, dal progetto Agape, evolutosi poi nell'omonimo Consorzio.

Con tale progetto abbiamo lavorato per un miglioramento quali-quantitativo degli inserimenti lavorativi nella provincia di Ravenna, sia sottoscrivendo protocolli con gli enti pubblici per favorire l'affidamento diretto di commesse da destinare all'occupazione delle fasce deboli o l'inserimento di clausole sociali negli appalti, sia potenziando e coordinando la cooperazione B, ora rappresentata da un consorzio unitario.

Sempre nell'ambito dell'inserimento lavorativo abbiamo avviato un'attività sperimentale ed innovativa di coprogettazione tra cooperazione sociale e DSM per la predisposizione di progetti di intervento condivisi e codificati che, accompagnando gli utenti all'interno del processo riabilitativo, integrano, con obiettivi di coerenza ed efficienza, riabilitazione psichiatrica e inserimento sociale e lavorativo, proponendo anche modalità di valutazione e riprogettazione.

Vi è stato un forte impegno nella realizzazione di cospicui investimenti e di implementazione di servizi innovativi.

In particolar modo la cooperazione tutta è stata in prima linea nel progetto innovativo della Fondazione Dopo di Noi, arrivando all'inaugurazione della struttura residenziale di Torri di Mezzano nella primavera del 2008. Non nascondiamo le difficoltà di sostenibilità del progetto, dovute sia all'imponente investimento realizzato per ristrutturare l'edificio, sia alla gestione, che parte con un numero di utenti non sufficiente a garantire i dovuti livelli di economicità. La cooperazione vuole comunque credere fortemente a questo progetto, e promuove l'interesse e la partecipazione di tutti i soggetti del territorio, a partire dagli Enti Locali che ci hanno accompagnato in questa coprogettazione.

### 2.3 Il permanere di contraddizioni e difficoltà nel quadro generale della collaborazione pubblico-privato.

Nella gestione e programmazione ordinaria dei servizi le Cooperative Sociali registrano quotidianamente le contraddizioni che il quadro attuale comporta, sia per la mancanza di indicazioni e prospettive certe, sia per le crescenti difficoltà economiche e finanziarie dei propri committenti pubblici. Riteniamo utile riproporre queste difficoltà legandole all'Atto di indirizzo non con atteggiamento di rivendicazione, ma come contributo alla ricomposizione del quadro complessivo bisogni/risorse che deve accompagnare costantemente il processo di progettazione degli interventi.

Destano infatti costante preoccupazione gli ormai cronici ritardi nei pagamenti degli Enti Pubblici.

I crediti che le Cooperative sociali vantano nei confronti dei committenti pubblici di questa provincia si mantengono costantemente a livelli elevati, che oscillano attorno ai 30 milioni di Euro, con tempi medi di incasso delle fatture che si attestano complessivamente vicino ai 200gg.

È facile intuire come questo dato metta in seria difficoltà imprese che hanno il dovere di mantenere in equilibrio i propri conti per responsabilità nei confronti dei soci - lavoratori, che ripongono su di esse le proprie aspettative di reddito, e nei confronti degli utenti dei servizi, che hanno il diritto di usufruire pienamente e in modo continuativo dei servizi.

Nel 2007 le Cooperative associate hanno pagato oneri finanziari passivi per circa 1,5 milioni di euro. Queste sono risorse che vengono necessariamente distolte da altri possibili impieghi che potrebbero meglio qualificare i servizi, produrre innovazione o concretizzarsi in investimenti a vantaggio del sistema integrato dei servizi.

In questo quadro si inserisce anche il tema del riconoscimento del costo del lavoro.

Le Cooperative sociali sono impegnate, come ben noto, a superare nel quadriennio 2007-2010, la contribuzione a salario medio convenzionale con incrementi del costo del lavoro medi annui del 4-4,5%. A questo si è aggiunto negli ultimi mesi il rinnovo del CCNL del settore, che aggrava l'incremento di costo del lavoro di un ulteriore 12 - 15% nel biennio 2008 - 2009.

La situazione attuale continua pertanto a determinare in capo alle Cooperative sociali difficoltà e tensioni economiche preoccupanti, nonostante il prezioso lavoro fatto dall'Osservatorio Provinciale che provvede con solerzia a rilevare questi aggravii di costo e a sollecitare i committenti ad adeguare i contratti alle nuove previsioni di spesa. Riteniamo quindi opportuno porre con forza all'attenzione della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, nel suo Atto di indirizzo, anche i possibili rischi insiti in questo difficile percorso, comprendendo certamente la difficoltà di Enti Locali che si trovano schiacciati da una riduzione dei trasferimenti statali a sostegno della spesa corrente e dalla dinamica dei costi in continua e rapida ascesa, ma nel tentativo anche di superare la situazione attuale che vede un riconoscimento non uniforme sul territorio provinciale dei reali costi di produzione dei servizi. A fronte di minori stanziamenti dello Stato gli enti locali dovranno necessariamente ridefinire le proprie priorità che, ci auguriamo, privilegeranno le politiche verso la popolazione più debole.

#### **2.4 Le criticità di un territorio**

Individuiamo due ordini di criticità: una di carattere organizzativo strutturale e l'altra invece connessa ai cambiamenti sociali.

Tra le criticità organizzative segnaliamo che un elemento di fragilità del nostro sistema è la frammentazione degli interlocutori in questa delicata fase di passaggio e riorganizzazione del welfare locale in cui si vedono in campo tanti soggetti istituzionali con compiti a volte complementari, a volte sussidiari, ma a volte perfino confliggenti: CTSS, AUSL, uffici di piano, ASP, consorzio servizi sociali, distretti, servizi sociali associati.

Riteniamo importante fare riferimento ad una governance complessiva del territorio dove i sistemi di presa in carico siano chiari e condivisi e siano supportati da strumenti e metodi di valutazione che consentano un più facile compito di cura e riabilitazione da parte di chi eroga il servizio, sia esso un gestore pubblico o privato, garantendo chiarezza nelle responsabilità e certezza delle risorse.

Tra le criticità presenti nel territorio provinciale, date dalla situazione socio demografica, segnaliamo la sempre più crescente presenza di cittadini stranieri per la provincia di Raven-

na è un fenomeno relativamente recente ma incredibilmente complesso, che, tra l'altro, ha sfaccettature diverse in cui la realtà dei fatti e dei numeri e la percezione dei cittadini spesso non coincidono (si veda come il fenomeno migratorio è più percepito laddove è minore la percentuale di stranieri presenti). La cooperazione si candida ed è disponibile a lavorare su nuove politiche per l'integrazione della popolazione immigrata, politiche che però non si fermano alla prima accoglienza e all'assistenza, ma che sappiano creare percorsi per una reale integrazione stimolando anche una crescita culturale e di cittadinanza attiva da parte dei cittadini stranieri.

La cooperazione si è già resa protagonista insieme agli enti locali di servizi rivolti agli stranieri, tuttavia ci siamo sempre mossi in una logica non supportata da una politica locale in merito e spesso siamo stati lasciati soli in prima linea senza un progetto complessivo e condiviso, a fronte di un crescendo di presenze e problematiche, probabilmente proprio per l'estrema difficoltà di sviluppare un pensiero condiviso ed azioni conseguenti con una strategia di lungo periodo su questa tematica.

D'altra parte, mentre è ingente l'impegno di risorse sulla non autosufficienza grazie al Fondo Regionale (FRNA) riteniamo che ci siano alcune importanti tematiche tra cui questa, dell'immigrazione, e fasce di popolazione, in particolare l'adolescenza, che non siano sufficientemente supportate con interventi organici. Vogliamo evidenziare come sia assolutamente prioritaria la necessità di un riequilibrio delle risorse in campo.

### 3.1 Un quadro di prospettive a breve e medio termine

La cooperazione sociale non può di certo subire passivamente i cambiamenti in corso, ma vuole partecipare al processo di modificazione del Welfare locale, come attore "proattivo".

### 3.2 Una Agenzia per l'economia sociale

Uno dei nostri progetti più ambiziosi è, infatti, quello di costituire una agenzia di promozione dell'economia sociale, che vuole attivarsi sia nelle politiche attive del Welfare (e il primo progetto che realizzeremo in questo senso è il Social Network degli operatori del sociale, insieme alla Provincia) sia nelle politiche attive del lavoro, volendo dare continuità al progetto Equal AGAPE che ha dotato questo territorio di un ingente capitale sociale fatto soprattutto di relazioni e interazioni importanti tra i principali attori socio economici della nostra provincia. La portata innovativa di questo progetto è stata in parte ereditata dal Consorzio Agape, soggetto attivo nello sviluppo delle opportunità lavorative per le persone appartenenti alle fasce deboli; l'agenzia dovrà invece diventare un motore di sviluppo del welfare di comunità, promuovendo e valorizzando al tempo stesso un'etica nell'agire economico - imprenditoriale, a partire dallo stesso movimento cooperativo.

### 3.3 La responsabilità sociale di un'impresa particolare

E' aperto da tempo nella cooperazione un dibattito se la responsabilità sociale delle cooperative sia una qualità intrinseca delle stesse oppure se debba essere verificata alla pari delle altre imprese.

Si è sostenuto che essendo la cooperativa un'impresa che fonda la sua ragion d'essere sullo scambio mutualistico tra i soci sia "per definizione" un'impresa sociale.

Questo tuttavia è un approccio al problema che riteniamo limitato da almeno due punti di vista.

Il primo: la responsabilità sociale non può esprimersi unicamente in una solidarietà interna (mutualità interna) all'attività d'impresa, ma debba ricondursi anche alla sua presenza nel territorio, al di là di quanto già previsto dalla legge 59/92, alla capacità di esprimersi quale impresa di comunità, al suo positivo influsso nel contesto socio-economico in cui opera (mutualità esterna).

Il secondo attiene alla natura stessa dello scambio mutualistico, e coinvolge le condizioni nelle quali esso avviene, gli effettivi livelli di partecipazione sociale e di democrazia economica sostanziale della cooperativa, la capacità di essere coerenti con i paradigmi fondativi del movimento cooperativo: "una testa un voto"; la "porta aperta"; "equilibrio tra funzione sociale e dimensione d'impresa" e così via.

Considerando anche quest'accezione più ampia ci sembra quindi di poter affermare che ogni cooperativa debba porsi l'obiettivo di praticare e dimostrare una responsabilità sociale coerente con la propria missione e con il contesto etico e di valori a cui fa riferimento.

### **3.4 I Territori Socialmente Responsabili**

E proprio dai legami col territorio che nasce la prospettiva dei Territori Socialmente Responsabili di cui il movimento cooperativo di questa provincia si è fatto promotore e che riscontriamo tra le strategie prioritarie per il welfare di comunità che la Conferenza intende far proprie a partire da questo documento fondamentale.

### **3.5 L'Accreditamento**

Nei prossimi mesi la maggior parte delle nostre cooperative saranno impegnate ad affrontare i cambiamenti messi in campo dall'Accreditamento. Premettiamo che si tratta di un percorso che condividiamo, che porterà a una qualificazione e riorganizzazione delle strutture e dei servizi e si ispira a livelli di qualità sovranazionali. Maggiori prestazioni assistenziali, interventi volti a migliorare il benessere del non autosufficiente in struttura, a qualificare il servizio di assistenza domiciliare, interventi che comporteranno anche un maggiore investimento pubblico nelle politiche di welfare locale, dopo il già ingente impegno profuso per costituire il FRNA.

Siamo quindi pronti ad affrontare questa fase proponendoci come gestori di servizi e strutture in grado di rispettare questi livelli di qualità, così come riteniamo di aver dimostrato nel tempo e vogliamo partecipare alla fase di progettazione di questi servizi e avere tavoli di confronto, non solo tecnici (come quello già attivato, con le ASP) ma anche politici.

Non si tratta solamente di definire chi farà cosa in base all'accREDITamento, ma anche quale fabbisogno si genera, quali investimenti occorreranno, su quali servizi dovremo orientare prioritariamente la nostra azione.

Il tema dell'accREDITamento potrebbe aprire una visione anche più ampia, rispetto ai tecnicismi fino ad ora messi in luce dai criteri, bensì dare evidenza di aspetti più sociali, di cui le cooperative sono portatrici e che spesso rendono diverso e di maggiore qualità un servizio. Si tratta della qualità del lavoro, ad esempio riferita alla conciliazione tra lavoro e famiglia.

### **3.6 La salute mentale**

Oltre alla non autosufficienza intendiamo continuare a lavorare sulla tematica della Salute Mentale, su cui in questi anni abbiamo anche realizzato diversi investimenti. Siamo in attesa di concordare un accordo quadro con l'Ausl che ricomporrà il quadro delle strutture del territorio definendo le tipologie e i livelli assistenziali e riabilitativi necessari rispetto ai bisogni degli utenti della nostra provincia.

Ma anche la riabilitazione e il reinserimento sociale e lavorativo sono tra i nostri principali obiettivi, continueremo infatti a lavorare con DSM e nel SILL per tenere insieme un sistema integrato che riduca i rischi di fallimento e dispersione delle persone seguite.

### 3.7 I giovani

Riteniamo sia il momento di lavorare su una nuova stagione delle politiche rivolte ai giovani. Tra gli obiettivi contenuti nell'atto di indirizzo ritroviamo l'apertura di nuovi centri di aggregazione, intervento che riteniamo che possa essere apprezzabile, tuttavia pensiamo anche che occorra potenziare l'intervento in quelli già esistenti, perché possano offrire una molteplicità di attività e di opportunità.

I nostri ragazzi rappresentano il capitale umano di domani, il miglior investimento da farsi per costruire la ricchezza del territorio, che è fatta prima di tutto dalla fiducia, dalle relazioni e dalla coesione sociale. In questo senso dobbiamo prendere atto che la polverizzazione dei nuclei familiari insieme alla progressiva dispersione dei legami interpersonali che hanno portato a una rarefazione delle reti informali, rischiano di creare un vuoto educativo, un vero e proprio abbandono dei ragazzi in una delle età più difficili: quella dell'adolescenza. Sentiamo urgente la necessità di ricostruire quel tessuto di valori che ha da sempre caratterizzato il nostro territorio per la presenza di una "comunità educante", che riusciva a farsi carico di un sentimento di responsabilità diffuso e condivideva il rischio educativo dei ragazzi ponendosi al fianco della famiglia. Ciò può essere possibile a partire dalla partecipazione attiva e dalla costruzione di una rete tra le diverse agenzie educative operanti sul territorio, formali e informali, per riuscire a ricomporre il "quadro generale" della vita dei nostri ragazzi, oggi eccessivamente frammentato per svolgere appieno il suo ruolo.

Le politiche rivolte ai giovani, per quanto trasversali a moltissimi temi, non possono essere né trascurate, né si può ipotizzare che si realizzino a costo zero, o ancora peggio, che si "facciano da sé".

Una comunità educante è una comunità coinvolgente, che c'è prima di ogni emergenza, le politiche e i servizi non sono però impostati in questa direzione, la cooperazione con la sua caratteristica di essere impresa di persone ha al proprio interno elementi di esempio e quindi educativi per i giovani. Inoltre le numerose attività che vanno dalla prevenzione e promozione dell'agio giovanile agli interventi sul territorio, gli educatori di strada, gli incubatori di impresa, i servizi informativi e di orientamento, i coordinamenti delle agenzie educative e dei centri giovani, i gruppi esperienziali e i centri di aggregazione. Sono attività che possiamo gestire e che già gestiamo con persone qualificate e preparate, ma che richiedono impegno e risorse. Apprezziamo il quadro che la regione ha predisposto tramite il progetto Geco, e in questa traccia intendiamo impostare il nostro lavoro.

### 3.8 L'immigrazione

L'attività svolta nei servizi per l'immigrazione non è solo una criticità per la cooperazione sociale, ma anche un importante ambito su cui definire un progetto di sviluppo. Non possiamo infatti ritirarci di fronte alle già citate difficoltà, ma ragionare insieme all'ente pubblico sulle politiche che si intendono attuare e i migliori servizi da attivare.

### 3.9 L'infanzia

Uno dei nostri ambiti storici d'azione è l'infanzia. Un'area su cui abbiamo investito e continuiamo a investire in strutture e qualificazione di servizi. In questo senso non è stata indifferente al nostro operato la difficoltà che stanno attraversando le famiglie negli ultimi anni,

lo vediamo nel bisogno di flessibilità dei servizi e nella modulazione del pagamento delle rette che accompagna i livelli di reddito.

Le famiglie hanno bisogno di servizi differenziati e diffusi sul territorio, e noi, insieme al pubblico e in alcuni casi anche con le aziende private, siamo disposti a partecipare attivamente a fornire adeguate risposte innovative attraverso la progettazione e la realizzazione di nuovi servizi.

#### 4.1 L'identità cooperativa come valore aggiunto

L'appartenenza a una storia ormai più che secolare e a un sistema di valori che hanno costituito le ragioni fondanti del Movimento Cooperativo, mantengono una loro validità e sono assolutamente meritevoli di salvaguardia e di difesa anche nell'attuale contesto caratterizzato da un sistema competitivo delle imprese globalizzato.

Tutto ciò forse motiva ancor più le ragioni che sono state all'origine della cooperazione ma è innegabile che lo sviluppo stesso delle imprese cooperative o di molte di esse, sia per dimensioni sia per i settori nei quali si è sviluppata, renda necessario l'impegno a una riaffermazione dei valori e della diversità cooperativa nelle basi sociali e nel contesto territoriale.

Come citato nell'Atto di indirizzo, se correttamente interpretata, la cooperazione ha nel suo patrimonio genetico, quegli elementi legati ai concetti di fiducia, collaborazione, reti sociali, associazionismo, partecipazione che contribuiscono a fecondare il tessuto sociale: la presenza di cooperative, come anche di altre strutture a carattere associativo, contribuisce a innescare abitudini partecipative e democratiche, che attivano la solidarietà, l'impegno civico tra i cittadini e l'assunzione di responsabilità collettive.

Se questo è lo scenario, il movimento cooperativo non può non raccogliere la sfida di suscitare dirigenti che sappiano leggere i nuovi paradigmi e dialogare con il territorio, che siano attenti ai bisogni, che sappiano esprimere solidarietà e partecipazione, che recuperino la centralità della persona contenuta nei paradigmi fondativi della cooperazione. Per questo appaiono sempre più necessari operatori in grado di produrre, oltre a risultati economici, anche coesione sociale, fiducia, sviluppo e reciprocità.

In questo senso la responsabilità sociale dell'impresa cooperativa oltre che a puntare alla valorizzazione della reputazione aziendale, alla sua affidabilità, alla sua stabilità nel mercato e si pone in stretta correlazione con la propria comunità d'appartenenza al fine di sviluppare un'attività imprenditoriale competitiva nel rispetto di un determinato quadro di valori all'interno di un territorio.

