

Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria di
Reggio Emilia

Atto di Indirizzo e
coordinamento
triennale

16 marzo 2009

Indice

1. Quadro di riferimento.....	3
1.1 Indirizzi regionali.....	3
1.2 Raccordo con pianificazione locale.....	5
1.3 Verifica dei risultati prodotti.....	5
2. Profilo di Comunità.....	6
3. Indirizzi e priorità strategiche per i Piani di zona Distrettuali per la salute e il benessere sociale.....	7
3.1 Premessa.....	7
3.2 Sanità ospedaliera.....	9
3.3 Sanità territoriale.....	10
3.4 Area socio-sanitaria.....	14
3.4.1 Supporto al domicilio.....	16
3.4.2 La costante qualificazione della rete “storica”.....	16
3.4.3 Equità come uguaglianza nella personalizzazione: bisogni diversi richiedono risposte differenziate.....	16
3.4.4.La demenza.....	17
3.4.5 La disabilità.....	17
3.5 Area sociale.....	18
3.5.1 Orientamenti di fondo.....	18
3.5.2 Politiche per le famiglie.....	20
3.5.3 Politiche di cura.....	22
3.6 Gli strumenti e i percorsi.....	23
3.6.1 L’accesso e l'accoglienza.....	23
3.6.2 La valutazione.....	24
3.6.2.1.Famiglie con minori.....	24
3.6.2.2.Adulti in condizione di svantaggio, marginalità, doppie diagnosi.....	24
3.6.3 Il progetto individuale.....	25
3.6.4 L’accompagnamento.....	25
3.6.5 Il monitoraggio.....	26
3.6.6 La formazione comune.....	26
3.6.7 La definizione di protocolli omogenei e condivisi.....	26
3.6.8 Il processo di accreditamento.....	27
3.7 Programmi provinciali.....	27
3.7.1 Programma provinciale per la programmazione di politiche di accoglienza e tutela dell'infanzia e dell'adolescenza (affidamento, adozione, contrasto all'abuso).....	27
3.7.1.1 Azioni di sistema trasversali: affido, adozione, contrasto all'abuso.....	28
3.7.1.2 Affidamento familiare e in comunità.....	28
3.7.1.3 Azioni di contrasto agli abusi e ai maltrattamenti in danno ai minori.....	29
3.7.1.4 Adozione nazionale e internazionale.....	29
3.7.2 Programma provinciale “Piano territoriale provinciale per azioni di integrazione sociale a favore dei cittadini stranieri immigrati”.....	30
4. Indirizzi per il coordinamento, la partecipazione, il monitoraggio e la valutazione.....	31
4.1 Strumenti di coordinamento interistituzionali.....	31
4.1.1 Gruppi tecnici permanenti di coordinamento e di supporto interistituzionale.....	31
4.2 Strumenti di partecipazione e confronto.....	32
4.2.1 Il confronto con le Organizzazioni Sindacali.....	32
4.2.2 Il dialogo con il Terzo Settore.....	32
4.2.3 Il contributo di altri soggetti.....	32
4.3 Indicazioni per il monitoraggio e la valutazione.....	33

1. Quadro di riferimento

1.1 Indirizzi regionali

L'Atto di Indirizzo e Coordinamento triennale è lo strumento con cui la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria esercita - secondo gli orientamenti del Piano Sociale e Sanitario Regionale (PSSR) - il proprio compito di coordinamento della programmazione distrettuale. E' uno strumento innovativo di programmazione che si colloca in una prospettiva di superamento della programmazione settoriale.

Preciso orientamento del Piano Sociale e Sanitario Regionale è infatti considerare l'integrazione sociale e sanitaria, tema già presente nella legislazione nazionale e regionale - con particolare riferimento alla L.R. 2/2003 e L.R. 29/2004 - come valore primario ed obiettivo strategico da perseguire, a livello:

- Istituzionale: l'integrazione istituzionale identifica nell'ambito di una visione condivisa di forte cooperazione, le responsabilità coordinate o unitarie dei diversi soggetti istituzionali presenti sul territorio, costituisce premessa di attività e interventi assistenziali integrati e ne formalizza le condizioni attuative. Il nuovo sistema istituzionale integrato di governo del sistema risponde ai principi di (I) centralità degli Enti locali e della Regione; (II) separazione della funzione pubblica di governo (programmazione, regolazione, verifica dei risultati) da quella di produzione dei servizi; (III) individuazione della Zona quale ambito territoriale ottimale per l'esercizio associato delle funzioni di governo, di committenza e amministrative (Comitato di Distretto e forme associative tra EE.LL.).
- Comunitario: la costruzione di un *welfare* locale e di comunità richiede la mobilitazione di tutti i soggetti (istituzionali, economici e sociali) con precise e distinte responsabilità nelle specifiche fasi della programmazione, organizzazione e produzione dei servizi.
- Gestionale: si attua attraverso l'integrazione dei soggetti istituzionali che si coordinano per realizzare l'unicità gestionale dei fattori organizzativi e delle risorse e che assicurano il funzionamento delle reti dei servizi.
- Professionale: realizza condizioni operative unitarie fra figure professionali diverse (sanitarie e sociali) con l'obiettivo sia di garantire un approccio complesso e coordinato nell'affrontare bisogni di natura multiproblematica sia di organizzare in maniera efficace ed efficiente le competenze professionali, già presenti, nell'esercizio delle funzioni programmatiche.

L'integrazione deve essere ricercata non solo a livello delle politiche sociali e sanitarie, ma anche con riferimento alle politiche educative, ambientali, urbanistiche, abitative, formative, occupazionali, culturali e si pone come indirizzo per gli strumenti di programmazione regionali, intermedi e distrettuali.

L'integrazione è dunque uno dei temi prioritari che orientano l'impostazione del *welfare* territoriale, a fianco della salvaguardia ed arricchimento della rete delle relazioni sociali, familiari, amicali, di solidarietà e di volontariato. Molta importanza viene attribuita alla partecipazione, interpretata attraverso diversi piani di lettura nella consapevolezza che non si possa definire un punto di vista unico capace di interpretare e orientare la realtà a favore del bene comune. Solo una condivisione di intenti può infatti portare alla coesione sociale insieme alla partecipazione delle organizzazioni della società civile, delle parti sociali, del terzo settore, delle persone e famiglie ai processi decisionali, programmatici e attuativi di politiche e interventi sociali e

sanitari. E' quindi necessaria una co-evoluzione del sistema dei servizi e degli interventi pubblici rispetto alla promozione della partecipazione sociale e all'ascolto della comunità.

La volontà di mettere a disposizione dei Distretti e delle Aziende uno strumento agile di indirizzo per la loro attività di programmazione ci induce a non richiamare qui in dettaglio i contenuti del piano che vengono tutti assunti come indirizzi forti e condivisibili su cui basare l'attività di programmazione territoriale e di struttura per il prossimo triennio.

Ci preme solo sottolineare alcuni temi di attenzione sia relativi a situazioni in essere sia relativi a situazioni in divenire o di prospettiva che devono essere tenuti in conto, con la giusta misura, nelle attività implementative.

La gestione e la finalizzazione delle risorse che derivano dal **Fondo Regionale per la Non Autosufficienza**. In questi primi passaggi si è cercato di individuare meccanismi equi e lineari di distribuzione del fondo, prendendo a riferimento i criteri adottati a livello regionale. Crediamo che faccia parte delle logiche che sottendono il PSSR quello di ragionare non solo attraverso criteri strettamente territoriali o demografici. Se è la persona al centro di questa rete di influenze, relazioni e servizi e se l'efficacia della risposta è l'obiettivo allora occorre forse affinare gli strumenti che servono per operare una distribuzione e un utilizzo delle risorse secondo effettive linee di equità.

Privati, privato sociale, terzo settore, ASP sono partner consolidati dei nostri servizi sul territorio e rappresentano un solido patrimonio che ha oltretutto concretizzato una lunga storia di solidarietà sociale e civile e di generosità. Il processo di **accreditamento** deve diventare un momento importante in questo processo di consolidamento di una relazione necessaria che deve vedere ciascuno dei soggetti coinvolti nell'ambito dei propri compiti e con l'obiettivo di garantire reale accesso ai servizi. L'accreditamento dovrà avvenire altresì, senza leggerezze e senza appesantimenti burocratici, nell'interesse della nostra comunità e assicurando miglior uso e la costante manutenzione del patrimonio sociale che in tali entità si sostanzia.

I **Nuovi Uffici di Piano** nel contesto del PSSR hanno acquisito compiti e responsabilità nodali per la programmazione distrettuale, per la sua implementazione e per il suo monitoraggio.

Anche il processo di elaborazione del Profilo di Comunità ha evidenziato la necessità di approfondire ed eventualmente modificare l'**attuale configurazione dei distretti** della nostra provincia per rendere maggiormente fruibile ed adattabile alle nuove esigenze dei cittadini l'erogazione e l'organizzazione dei servizi. L'opportunità di questo ripensamento, che non può essere colta in questa fase, deve però trovare forme di sperimentazione concreta in un processo di dialogo e di integrazione che questo lavoro di elaborazione del Profilo e dell'Atto di Indirizzo hanno già in parte favorito.

In coerenza con quanto indicato dalla Regione nelle "Linee di Indirizzo per la definizione del ruolo e del funzionamento delle CTSS" (comunicazione del 26/02/2008 PG 55319) la CTSS della nostra provincia ha inserito i responsabili dei NUP nell'Ufficio di Supporto, strumento tecnico della Conferenza, per garantirne la partecipazione nella formulazione del Profilo e del presente Atto di Indirizzo. L'esperienza ha dimostrato l'utilità di tale partecipazione e conferma la validità dell'indirizzo dato dalla Regione circa la strutturazione ed il ruolo dello stesso Ufficio (omissis..."avvaler(si) in modo continuativo e strutturato dei supporti professionali e delle strutture organizzative (...) di A.U.S.L., Provincia e Comuni (NUP, ...) ... omissis" - allegato alla lettera di cui sopra al punto 4). Occorre ora definire meglio il governo di tale collaborazione.

1.2 Raccordo con pianificazione locale

La Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, raccogliendo nel suo seno i Sindaci di tutti i comuni del territorio, il Presidente della Provincia ed i Direttori Generali delle due aziende, rappresenta di per sé, se ben gestito ed assiduamente partecipato, uno strumento strategico di raccordo con la pianificazione locale, un momento di confronto e di verifica del significato e degli effetti di politiche particolari sul più vasto territorio e contesto.

Un elemento importante di riferimento che ha alimentato sia la stesura del Profilo di Comunità che dell'Atto di indirizzo è stata la concomitanza tra questo lavoro della CTSS e la conclusione del lungo iter di predisposizione del Piano Territoriale di Coordinamento Provinciale. Questo documento è rilevante per gli indirizzi che offre ed i vincoli che pone a tutti i processi di programmazione territoriale dell'area Provinciale, legandoli anche a fenomeni di area più vasta, nazionale ed Europea. Piani regolatori, politiche sulla mobilità, sulla tutela dell'ambiente ne saranno fortemente influenzati.

Si pone la questione, cruciale, del raccordo e del confronto tra programmazione generale (PTCP e PSC) e la programmazione di settore. Occorre operare affinché esse si influenzino reciprocamente e siano correlate, ciascuna con i propri tempi necessari e le proprie complessità, in modo da non ostacolarsi ma da rendere il più possibile efficace il risultato delle analisi, degli strumenti e delle azioni messe in campo.

Come emerge chiaramente dai contenuti del Profilo di Comunità, una comprensione piena delle dinamiche rilevanti per il benessere e la salute della comunità reggiana implica la capacità di interpretare, interagire, interrogare e dialogare con quanti sulla nostra comunità hanno più direttamente capacità di influenza e ruolo nel determinarne le caratteristiche. E' per questo che un esame pieno delle politiche interagenti con le tematiche sociali e sanitarie abbraccia di fatto tutto lo spettro delle politiche e degli interventi sviluppati dalle amministrazioni locali.

Questo esame è senza dubbio facilitato nel nostro territorio dalla consolidata esperienza dei Piani di Zona che da anni hanno favorito questo legame tra le politiche sul territorio e le tematiche sociali e socio-sanitarie.

1.3 Verifica dei risultati prodotti

Per quanto riguarda la verifica dei risultati di salute e di benessere prodotti dall'attività riferibile al periodo precedente, per non appesantire il presente documento, si rimanda ai bilanci di missione delle due aziende presenti sul territorio ed ai Programmi attuativi annuali, ed alla documentazione a corredo dei Piani di Zona distrettuali per la salute e per il benessere sociale dai quali è partita la costruzione del Profilo di Comunità e le conseguenti indicazioni ed indirizzi contenuti nel presente atto.

Come meglio esplicitato nel capitolo 4.3 del presente documento si intende dare unitarietà in futuro a tale processo di verifica operando una sintesi di livello Provinciale facente capo alla CTSS che sia prodromica alla formulazione dei successivi Profilo di Comunità ed Atto di Indirizzo.

2. Profilo di Comunità

La costruzione del Profilo di Comunità, che fa parte del presente Atto (al cui testo integrale si rimanda) ha rappresentato un momento importante di verifica, su ambiti di riferimento più ampi di quelle affrontate precedentemente, di un metodo di lavoro che dovrà trovare piena applicazione durante lo sviluppo dell'attività di programmazione ai vari livelli e di verifica in corso d'opera dei processi di implementazione dei programmi approvati.

Il livello di partecipazione e condivisione, che potrà essere ulteriormente perfezionato, ha visto la realizzazione di due seminari rivolti ai componenti la Conferenza ed ai funzionari apicali della Provincia, delle Aziende e dei distretti, numerosi incontri dell'Ufficio di Presidenza della Conferenza, due incontri col Coordinamento Provinciale del Terzo Settore, un incontro con i dirigenti delle ASP e diversi incontri con le OOSS.

Utile elemento di confronto è costituito altresì dal come, nella nostra Provincia, è stato costituito l'Ufficio di Supporto: la presenza di tutti i sei responsabili dei Nuovi Uffici di Piano e di funzionari delle due Aziende e della Provincia hanno assicurato un approccio aperto e ricco alle problematiche affrontate ed hanno arricchito i contenuti del documento.

Questo ha consentito una lettura ragionata dei bisogni di benessere e di salute contestualizzata al nostro territorio nelle sue diverse articolazioni e secondo le diverse prospettive consentite dall'esperienza messa in campo dai professionisti coinvolti, ha recepito gli stimoli verso più efficaci politiche di promozione di comportamenti virtuosi per la tutela del benessere psico-fisico. Il dialogo con gli amministratori locali ha permesso di valorizzare le caratteristiche del nostro territorio, le sue eccellenze che concorrono efficacemente a sostenere e qualificare l'attività dei servizi e ad identificare le criticità che si presentano. Insieme a questo occorre ribadire la necessità di un dialogo più ampio, già presente ma che necessita di essere maggiormente strutturato, con tutti i soggetti che partecipano all'azione sociale.

3. Indirizzi e priorità strategiche per i Piani di zona Distrettuali per la salute e il benessere sociale

3.1 Premessa

Una premessa è indispensabile per comprendere la struttura proposta per questo capitolo, centrale rispetto all'intero documento

La scelta operata per questo capitolo, a differenza di quanto fatto col Profilo di comunità, di non aderire pienamente alla struttura proposta dalla Regione, di trattare cioè gli argomenti per aree tematiche anziché per target di popolazione, consente di individuare quelle che sono le priorità trasversali, rimanda abbastanza naturalmente ai contenuti più analitici del Profilo e lascia, come deve, discrezionalità ai Distretti, alle Aziende ed alla Provincia di articolare la propria programmazione in aderenza alle concrete esigenze di ciascun ambito.

La scelta è stata fatta anche nella consapevolezza del fatto che questo nuovo processo, avviato dal PSSR 2009-2011, è in evoluzione, necessariamente soggetto a successivi aggiustamenti, in qualche modo sperimentale. Il risultato risponderà al grado di maturazione delle conoscenze e delle sensibilità di chi è stato chiamato a costruirlo: la Conferenza che acquisisce ora nuove più complesse responsabilità, l'Ufficio di Presidenza e la Presidenza stessa della Conferenza che si trovano alla guida di processi più complessi, l'Ufficio di Supporto che ha dovuto ad un tempo strutturarsi, dandosi una fisionomia di lavoro e contemporaneamente misurarsi con questo compito.

Il documento fa riferimento al solo bisogno espresso. Pur nella piena consapevolezza che il bisogno espresso non esaurisce la complessità dei bisogni presenti e che sarà necessario, attraverso un dialogo con le reti, formali ed informali, di cui il territorio è ricco, elaborare una strategia chiara che individui metodologie, obiettivi, strumenti, ruoli per intercettare i bisogni emergenti.

Queste attività fanno parte insieme ad altre di ciò su cui occorre continuare a lavorare nei prossimi anni per dare maggior completezza ai documenti che verranno prodotti per il prossimo triennio, ma che potranno altresì alimentare il dialogo all'interno della Conferenza, coi Distretti e con le Aziende già dai prossimi mesi.

Questi i punti di attenzione che guidano e legano le considerazioni successive:

1. Attenzione alla comunità come organismo complesso. Cercare di tenere a mente e possibilmente chiamare in campo tutte le determinanti delle dinamiche sociali del territorio. Ciascuna ne influenza l'evoluzione e contribuisce a definirne le caratteristiche. Con alcune occorre interagire attivamente, altre occorre comprenderle nel ragionamento complessivo che alimenta il processo di programmazione e di valutazione.
2. Promozione del benessere complemento indispensabile all'attività di assistenza. Sostenere con forza un sistema di welfare che resista alla sollecitazione di operare in una logica meramente assistenziale, rischio particolarmente forte in periodi di crisi come l'attuale. Un sistema, quindi, che non perda di vista gli orientamenti di fondo delle

politiche che hanno guidato gli interventi che i servizi sociali, sociosanitari e sanitari hanno realizzato in questa comunità.

3. Promozione della cultura della prevenzione e di adozione di stili di vita sani come componente necessaria e strategica della promozione della salute. Potenziare il lavoro di rete finalizzato a progettare, coordinare e verificare l'efficacia di interventi e campagne informative e di comunicazione.
4. Disponibilità a mettere in discussione assetti consolidati. Riconoscendo con forza che il nostro territorio vanta una ricca e robusta cultura di gestione dei servizi sociali e sanitari, che dispone di risorse professionali dedicate e competenti occorre tuttavia porsi nella condizione di essere capaci di rivedere programmi e progetti, adeguare strutture e competenze non più idonei a seguire lo sviluppo della nostra comunità, ad interpretarne i bisogni, a gestire le risorse disponibili in modo efficace, anche quando tali scelte possono sembrare radicali e dirompenti.
5. Innovazione come ricerca dell'equità. La complessità del momento induce ad analisi puntuali dei bisogni per l'individuazione delle priorità, l'equità e l'appropriatezza nelle risposte e nella distribuzione delle risorse. Una valutazione attenta delle risorse è strumento essenziale per confermare le scelte fatte tenendo ferma la centralità della persona. La definizione scrupolosa di indicatori di risultato e di matrici di valutazione diventa un obbligo imprescindibile.
6. Qualificazione continua degli operatori con attenzione alla valorizzazione delle professionalità e alle azioni volte al benessere lavorativo, come elemento essenziale per mantenere e migliorare la qualità dei servizi. Per attuare i processi di cambiamento indispensabili onde garantire risposte adeguate ai bisogni espressi dall'utenza, per rafforzare la collaborazione e l'integrazione delle professionalità per garantire una corretta presa in carico e la necessaria continuità assistenziale occorre una costante ed adeguata formazione degli operatori, una loro puntuale informazione che garantisca la piena e consapevole partecipazione.
7. Equità che, accomunata al concetto di accessibilità, richiede che la programmazione degli investimenti sul piano professionale, organizzativo, strutturale e tecnologico, contemperino l'esigenza di prevedere un'adeguata diffusione dell'assistenza sanitaria di base e, al tempo stesso, una accurata concentrazione di quella a maggiore complessità nei contesti territoriali e nelle strutture di riferimento. Equità che si deve coniugare, a fronte della crescente necessità di commisurare gli interventi alla effettiva disponibilità delle risorse, con una grande sobrietà nelle scelte, nei comportamenti, nelle proposte.
8. Valorizzazione e consolidamento del sistema delle reti che già ora rappresenta per la nostra Provincia un punto di eccellenza in forza di una consolidata esperienza di dialogo e di confronto. Reti formali ma anche reti informali con cui occorre interagire dopo averle individuate. Reti immateriali di cui i giovani si servono per dialogare e che vanno comprese ed opportunamente utilizzate.
9. Superamento, per quanto riguarda le giovani generazioni, che rappresentano il futuro della nostra comunità, di una visione dicotomica agio/disagio. Occorre promuovere un contesto di opportunità in cui sia possibile un protagonismo attivo dei giovani nei vari ambiti della società: dalla scuola, al mondo del lavoro, dalla formazione alla famiglia, dal

volontariato al tempo libero, che metta in valore il capitale sociale del territorio e della cittadinanza attiva.

10. Coordinamento tra le politiche come strumento indispensabile per garantire il mantenimento e l'arricchimento del capitale sociale che vede necessaria la collaborazione dell'insieme dei soggetti che in essa agiscono e che risulta tanto più efficace quanto più sono chiaramente visibili per tutti le strategie di ciascuno degli attori presenti sul territorio e le analisi che quelle strategie sottendono.

3.2 Sanità ospedaliera

- **Pianificare e programmare l'organizzazione dei servizi, la formazione delle competenze, l'adozione delle innovazioni su una dimensione geografica sovra provinciale e/o di area vasta.**
- **Perfezionare l'attuazione del modello *Hub & Spoke*, in collaborazione non competitiva con i nodi della rete, integrandolo con un'organizzazione ispirata alla diversificazione dell'intensità/complessità ed alla caratterizzazione dei luoghi di cura.**
- **Potenziare e sviluppare le reti cliniche e di integrazione forte tra Ospedali e territorio per dare garanzia di continuità assistenziale, di presa in carico complessiva del cittadino, di trattamento dell'acuzie e delle cronicità nei luoghi e con le modalità più appropriati.**

Le Aziende Sanitarie della Provincia, nel corso degli anni, sono state artefici di significativi risultati sul piano di un'equa distribuzione dei servizi, di un'offerta sanitaria e socio-sanitaria appropriata a livello clinico ed organizzativo, del recupero e del mantenimento di una stabile efficienza nella allocazione delle risorse.

In questo scenario di sostanziale e complessiva affidabilità, i futuri atti di programmazione sono chiamati a delineare prospettive di sviluppo coerenti con la necessità di fornire soluzioni capaci di consolidare l'esistente, ma anche di governarne la dinamica evolutiva dei mutamenti in atto nei servizi sanitari e nella percezione che di essi hanno cittadini ed operatori.

Mantenere questi risultati richiede, tuttavia, non solo un ulteriore investimento sui servizi sanitari extraospedalieri (in particolare negli ambiti in cui la cronicità riduce o compromette l'autosufficienza delle persone) e socio-sanitari, ma anche la capacità di pianificare e realizzare una programmazione ospedaliera con carattere sovraprovinciale o di area vasta. La mobilità dei cittadini ed il loro crescente grado di *empowerment* nella scelta dei professionisti e dei luoghi di cura, rende, infatti, anacronistica una programmazione che limiti il proprio raggio d'azione alle Strutture (in particolare ospedaliere) della provincia, ponendo a rischio l'adeguatezza della rete attuale, faticosamente delineata e realizzata negli anni passati.

Anche la consolidata distinzione fra l'ospedale "*hub*" della provincia (il S. Maria Nuova, titolare delle funzioni e delle attività di 2° e 3° livello) e gli ospedali "*spoke*" di livello distrettuale (depositari di quelle di 1° livello), pur convincente ed ulteriormente avvalorata dalla prospettiva che al SMN venga riconosciuto lo status di Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), ha in sé un doppio limite:

- da un lato, quello di aver gravato, negli anni, l'ospedale cittadino con un crescente carico di attività di 1° livello, per la popolazione del distretto di Reggio Emilia e dei Comuni limitrofi, ulteriormente accresciuto dalla centralizzazione di rilevanti prestazioni di emergenza-urgenza, generale e specialistica, che impongono investimenti professionali quantitativamente elevati e professionalmente onerosi;
- dall'altro quello di aver mantenuto negli ospedali della provincia alcune attività che non raggiungono il volume indispensabile a ottenere e consolidare la competenza clinica necessaria a giustificare le risorse dedicate, e nel contempo non consentono di dare sviluppo adeguato ad altre attività rilevanti per i bisogni di cura emergenti e coerenti con le competenze professionali presenti.

I due vettori, se non adeguatamente bilanciati, rischiano di generare il paradosso di uno scadimento delle strutture spoke a fronte di una cristallizzazione dell'hub sull'emergenza-urgenza e sul 1° livello clinico ed assistenziale.

I prossimi documenti di programmazione saranno chiamati a delineare una prospettiva in grado di evitare questi rischi, riflettendo, eventualmente, sulla possibilità di diversificare, anche sotto il profilo strutturale, i percorsi dell'attività programmata, dell'intensive care - (ivi compresa l'emergenza urgenza) e del long term care - (per pazienti con prevalente bisogno di assistenza infermieristica e tecnica, nell'ambito della quale le nuove professionalità hanno già dimostrato competenze e capacità di gestione diretta dei casi). La proporzione delle tre tipologie di attività sarà differenziata nelle strutture della Provincia, individuando nell'ambito della rete ospedaliera il "chi fa che cosa", compatibilmente con la necessità di garantire equità, appropriatezza efficacia e sicurezza delle prestazioni.

3.3 Sanità territoriale

- ***Cure primarie:*** sviluppare ulteriormente l'associazionismo medico, strutturando in modo sempre più efficace i Nuclei Cure Primarie (NCP), punti di riferimento per il cittadino, che vi potrà trovare risposte multi disciplinari ed efficienti ad esigenze diverse, dalla prevenzione primaria alla cura.
- **Potenziare l'assistenza domiciliare integrata, favorire la riabilitazione domiciliare e la diffusione di tecnologie al domicilio (telemedicina).**
- **Incrementare efficienza, efficacia e appropriatezza delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, aumentare i punti di prenotazione, anche presso i medici associati e i NCP.**

Una ridefinizione della rete ospedaliera obbliga contestualmente a una revisione delle funzioni e dei modelli organizzativi delle Cure Primarie.

Le nuove strutture delle cure primarie saranno un punto di riferimento per i cittadini se questi vi troveranno risposte sempre più articolate (anche attraverso lo sviluppo della telemedicina) e appropriate ai loro bisogni, sia di prevenzione primaria che per patologie croniche gestite in modo integrato anche con gli specialisti ospedalieri, secondo percorsi clinico assistenziali concordati.

A tal fine per le Cure Primarie sarà molto importante coniugare l'evoluzione organizzativa e lo sviluppo delle competenze. L'impulso che negli ultimi anni è stato dato all'associazionismo medico, che ha portato all'organizzazione di tutti i medici di medicina generale in reti funzionali,

dovrà essere sostenuto per favorire una sempre maggiore aggregazione dei professionisti in studi medici associati (medicines e pediatrie di gruppo) e in nuclei di cure primarie strutturati, nei quali medici di famiglia, specialisti, infermieri, ostetriche, tecnici della riabilitazione e altri professionisti lavorano in equipe multi disciplinari che si prendono cura delle persone residenti in quel territorio.

Ci si attende un progressivo incremento del numero di cittadini seguiti in assistenza domiciliare integrata. In questo ambito sarà necessario dare un forte impulso alla riabilitazione a domicilio, rispetto a quanto fatto fino ad oggi. La qualità dell'assistenza potrà migliorare attraverso un uso più diffuso di tecnologie al domicilio (per es. strumenti di telemedicina e comunicatori). Sarà importante sviluppare nuovi modelli che prevedano una maggiore responsabilizzazione di tutte le professioni sanitarie. Gli sforzi proseguiranno per migliorare ulteriormente la presa in carico dei pazienti fragili, anche attraverso l'integrazione delle competenze sanitarie e sociali nei punti di accesso ai servizi territoriali.

Si dovrà favorire la collaborazione tra le Cure Primarie, il Dipartimento di Sanità Pubblica, i dipartimenti ospedalieri, gli enti locali, le società sportive e il volontariato per facilitare l'adozione di adeguati stili di vita nelle diverse fasce d'età della popolazione, con particolare attenzione all'attività fisica per la prevenzione primaria e secondaria del rischio cardio-vascolare.

L'accesso alle prestazioni specialistiche potrà migliorare attraverso l'utilizzo di strumenti informatici e telematici e una ulteriore diffusione di punti di prenotazione presso le medicine di gruppo e i nuclei di cure primarie strutturati. L'offerta di prestazioni specialistiche dovrà potenziarsi in modo mirato su aree specifiche, puntando sempre a un maggior livello di appropriatezza.

Sarà importante proseguire e sviluppare la collaborazione delle Cure Primarie della nostra provincia con l'Università di Modena e Reggio Emilia, la Regione, le strutture ospedaliere e l'Ordine dei Medici nella programmazione didattica, la docenza e il tutoring per i corsi di laurea, post-laurea e di formazione specifica.

- **Sanità Pubblica: rafforzare il ruolo di vigilanza negli ambienti di lavoro, sulla sicurezza alimentare, sulle strutture sanitarie e socio-assistenziali, assumendo il ruolo di maggiore responsabilità che la normativa affida ai servizi di Sanità Pubblica.**
- **Potenziare l'azione di promozione della salute favorendo modelli comportamentali e stili di vita che riducono la "perdita di anni e di qualità di vita" attraverso interventi coordinati della comunità e la responsabilizzazione del singolo.**
- **Qualificare ulteriormente l'intervento specifico nell'ambito della pianificazione territoriale.**
- **Sviluppare la produzione di informazioni epidemiologiche (utili alla programmazione dei servizi e alla valutazione della loro efficacia in ambito sanitario, sociale, occupazionale, ambientale), di epidemiologia valutativa e di promozione della ricerca su temi peculiari della nostra comunità**

Nell'ambito della Sanità territoriale i Servizi di Sanità Pubblica dovranno rafforzare la loro capacità di incidere sui rischi presenti, da un lato rafforzando il loro ruolo di vigilanza in tutti i settori di competenza, dall'altro approfondendo le funzioni di promozione della salute e di

partecipazione alla pianificazione territoriale. Infatti, per quanto riguarda il ruolo di vigilanza, in ambito di ambienti di lavoro il coordinamento di tutte le istituzioni competenti sarà affidato ai Servizi di Prevenzione e Sicurezza; la vigilanza sulla sicurezza alimentare prevedrà lo svolgimento del ruolo di Autorità competente per il controllo ufficiale sul territorio da parte dei Servizi di Veterinaria e di Igiene degli Alimenti; infine il controllo sulla sicurezza delle strutture sanitarie e socio-assistenziali sarà effettuato dai Servizi del Dipartimento di Sanità Pubblica.

Accanto a questo rafforzamento delle funzioni di vigilanza voluto dalla normativa vigente, i Servizi di Sanità Pubblica dovranno interpretare il ruolo di “lettori” dei rischi di natura ambientale e connessi agli stili di vita maggiormente presenti sul territorio, per intensità o frequenza, e intraprendere azioni di promozione della salute, in collaborazione con altri soggetti. La tutela della salute dai rischi di natura ambientale richiede anche un ulteriore impegno nella qualificazione degli interventi specifici ai tavoli di pianificazione territoriale. Infine la comparsa nella regione di patologie fino a ieri tipiche dei Paesi a clima caldo-umido e diffuse da insetti vettori, impone il massimo coordinamento nella lotta ai vettori e nel controllo degli eventuali casi sospetti che dovessero manifestarsi.

- **Salute Mentale:** incrementare il lavoro in rete con una pluralità di soggetti appartenenti a diversi ambiti: Cure Primarie, Servizi Sociali, privato sociale e privato accreditato, ma anche la scuola e il mondo del lavoro.
- Favorire e valorizzare le forme di associazionismo dei pazienti e dei loro familiari; ampliare la rete di risorse territoriali utili alla gestione e alla riabilitazione degli utenti.
- Incrementare e qualificare l'intervento per alcuni problemi specifici (famiglie multiproblematiche, disturbi dell'apprendimento e del comportamento alimentare, gravi cerebrolesi, disagio giovanile, doppie diagnosi, consumo di alcool, fumo, cocaina e stimolanti).
- Potenziare la presa in carico psichiatrica dei ricoverati dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario e promuoverne il reinserimento sociale nei territori di provenienza.

Le problematiche relative alla disabilità infantile, alla salute mentale e alle dipendenze patologiche per ampiezza e complessità, e coerentemente con il Piano attuativo 2009-2011 della Regione Emilia Romagna, non possono essere affrontate che da parte di una pluralità di soggetti: istituzioni, servizi sociali, servizi sanitari, scuola, mondo del lavoro, volontariato, associazionismo e l'intero sistema di comunità a cui ogni cittadino è chiamato a partecipare.

In particolare è da considerarsi strategica l'integrazione fra i servizi sanitari (di cure primarie, di Salute Mentale adulti, di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, per le Dipendenze Patologiche, di comunità) e con i servizi sociali in un'ottica di condivisione progettuale e nella risoluzione di situazioni complesse; fondamentale nel sistema di cura il collegamento con altre competenze non meno utili ed efficaci fra cui, in primis, quelle dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di libera scelta, del privato sociale e, più in generale, del privato accreditato.

Gli utenti ed i loro famigliari in tutti gli ambiti della salute mentale e delle dipendenze patologiche non solo necessitano di adeguato supporto ma rappresentano anche una importante risorsa, nell'ottica di una competenza “per esperienza” (di utenti e famigliari) da sommare piuttosto che contrapporre a una competenza “per conoscenza” (degli operatori sanitari e sociali).

Occorre dunque sviluppare un clima di reciproca fiducia, superare modelli tradizionali, valorizzare le persone e le relazioni, sostenere i diritti, favorire l'aggregazione di persone portatrici di problematiche di natura psichiatrica e dei loro familiari, favorire la costituzione di associazioni, potenziare la collaborazione fra queste ed i servizi sanitari e sociali, come pure con tutte le altre forme di volontariato che ruotano attorno al mondo della disabilità, della salute mentale e delle dipendenze patologiche.

Saranno determinanti, nel prossimo futuro, politiche sanitarie in grado di favorire la prevenzione, la riabilitazione, l'inserimento e il reinserimento, l'inclusione sociale di persone affette da disturbi di natura psichiatrica o da dipendenze patologiche.

In particolare alcuni ambiti (scuola, casa, lavoro, sostegno alle famiglie) vedono primariamente coinvolto il Sistema di Comunità. Va anche detto che una politica che abbia come obiettivo prioritario l'inclusione porta con sé il concetto di territorialità: la mappatura dei servizi e delle risorse che può offrire un determinato luogo, la possibilità di metterle in rete e di viverle. La conoscenza sempre più dettagliata di queste opportunità può permettere anche di costruire progetti più calati nella realtà dei soggetti e per questo tendenti ad ampliare gli esiti attesi.

L'aumento rilevante sul piano epidemiologico di determinati quadri clinici, l'insorgenza di nuove forme di disturbo psichico e l'emersione di nuove problematiche psicosociali richiedono oggi risposte differenziate, che si traducano in modalità di accesso, percorsi e trattamenti innovativi, nell'ambito della salute mentale dei minori, dei giovani e degli adulti come pure delle dipendenze patologiche.

In tale ottica si rende necessario individuare strategie per fare emergere e intercettare bisogni nuovi e significativi sul piano qualitativo e/o quantitativo, offrire specifiche competenze e, in alcuni casi, percorsi differenziati; in particolare nei seguenti ambiti di intervento: (I) le famiglie multiproblematiche e le "nuove povertà"; (II) i disturbi dell'apprendimento; (III) l'assistenza ai gravi cerebrolesi; (IV) le condizioni di disagio dell'età adolescenziale e giovanile; (V) i disturbi del comportamento alimentare; (VI) le condizioni di doppia diagnosi; (VII) il consumo di cocaina e di stimolanti.

Il passaggio delle funzioni sanitarie degli Istituti di Pena dal Ministero di Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale comporta un impegno diretto dell'AUSL nell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario (di cui la AUSL assume la direzione sanitaria) e nella Casa Circondariale. Nello specifico dell'OPG il progetto di riorganizzazione deve perseguire nel breve termine il potenziamento della presa in carico psichiatrica per i ricoverati e il miglioramento dell'assistenza sul modello del progetto sperimentale "Antares". Nel medio lungo termine, come previsto nelle linee di indirizzo ministeriali, la riduzione del sovraffollamento, la regionalizzazione degli OPG e l'attuazione della cosiddetta dipartimentalizzazione degli OPG, che prevede un maggiore impegno dei Dipartimenti di Salute Mentale di provenienza durante la degenza e soprattutto l'impegno a favorire la dimissione e il reinserimento sociale nei territori di provenienza.

3.4 Area socio-sanitaria

- **L'integrazione socio sanitaria nel sistema di *welfare* di comunità: alleanze, strategie, mete e strumenti .**

Il processo socio-sanitario interviene su situazioni in cui emergono bisogni di salute e benessere che richiedono sia interventi sanitari che azioni di protezione sociale, anche di lungo periodo, sulla base di progetti personalizzati redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali. Gli elementi distintivi dell'area sono: (I) l'indivisibilità dell'impatto congiunto degli interventi sanitari e sociali sul risultato finale dell'assistenza: gli aspetti sanitari e sociali risultano infatti, fin dall'inizio, inseparabili; (II) l'attenzione e l'interazione con un "sistema cliente" formato dall'individuo/utente diretto, dalla sua famiglia intesa come le rete di relazioni più prossima e potenzialmente solidale e dal contesto sociale di riferimento quali co-attori che influiscono ed interagiscono sulle situazioni delle singole persone.

Il processo richiede orientamenti che assumano la dimensione sociale e relazionale come componente ineludibile dell'intervento complessivo. Riconoscere la cultura e la metodologia del lavoro di rete, intese sia come collegamento di nodi formali ed informali (servizi, interventi) sia come sistema di relazioni attraverso cui si scambiano beni e prestazioni, ma anche aspetti simbolici, linguaggi, culture e rappresentazioni.

Una pressione esercitata su un punto di questa rete viene assorbita da tutti gli altri; la risposta ad un bisogno espresso non si configura pertanto come sommatoria di risposte, ma come processo integrato, regia strategica di relazioni, di pensieri ed azioni coordinati e condivisi. Si tratta di transitare dalla esclusiva progettazione di servizi alla strategia di sostenere la comunità intesa come valore del capitale sociale che necessita nel suo insieme di interventi di sostegno e riparativi.

Questa visione comporta alcune dimensioni: (I) la lettura dei problemi come trasformazioni della vita quotidiana da cui deriva la progettualità su interventi riparatori, ma anche su azioni di rigenerazione delle reti stesse (*empowerment* o promozione di cittadinanza attiva); (II) la programmazione di servizi socio-sanitari che assumano anche funzioni di rete di coordinamento ed integrazione per riconoscere e ricucire fratture tra tessuti istituzionali, funzionali, culturali; (III) la tensione al sostegno della finalità comunitaria del sistema di *welfare*, costruendo legami sociali mentre si affrontano i problemi, collegando persone, alimentando reti, arricchendo il territorio, agendo come centri di lettura e di riformulazione dei problemi sociali, sostenendo processi creativi e riflessivi, attraverso una comunicazione dialogica, aperta e proiettata a realizzare percorsi nuovi nelle direzioni culturali che emergono dalle esigenze della realtà.

Il processo socio sanitario permea trasversalmente tutti gli interventi e gli assetti organizzativi territoriali e specialistici, in modo prioritario le problematiche legate a persone che si trovano ad affrontare, con il loro gruppo sociale di riferimento, difficoltà connotate dalla compresenza di problemi di salute, disagi sul benessere psico-fisico, non autosufficienza. Problemi legati inescandibilmente a bisogni complessi e multidimensionali: minori, adolescenti e responsabilità genitoriali, disabili, psichiatrici, patologie da dipendenze, anziani, HIV-AIDS, immigrati con problemi sanitari, marginali con problemi di salute.

In tale ottica per la salute mentale si sta delineando la strategia che vede due sistemi tra loro coordinati: il sistema di comunità e il sistema di cura; la salute mentale è un'area che necessita del supporto della sfera sociale e collettiva in quanto fortemente influenzata dalle modalità del vivere

sociale, dai cicli economici e dalla vitalità delle istituzioni territoriali. L'orientamento è quindi verso un sistema integrato dei servizi che prevede azioni di cura e riabilitazione insieme ad attività di prevenzione e promozione della salute.

Per il triennio 2009-2011 vengono definiti prioritari due obiettivi di integrazione socio sanitaria che riguardano il livello territoriale (ad esempio politiche per l'accesso al mondo del lavoro, attività di sostegno al reddito, assistenza domiciliare etc.) ed il livello residenziale che riguarderà l'articolazione di strutture sul livello sanitario intensivo e socio-sanitario (segmento per parte del quale verrà implementato il FRNA).

Obiettivi strategici comuni per l'area socio-sanitaria sono quindi in particolare quelli di: (I) evidenziare la responsabilità condivisa sia nel prodotto (il servizio erogato) che nel processo (la costruzione delle finalità, la valutazione, il monitoraggio dell'intervento); (II) esplicitare modalità di lavoro (strumenti, linguaggi, azioni) congruenti con le finalità e i presupposti teorici qui dichiarati, esercitando la necessaria elasticità nel confine di competenza e ruolo.

- **La non autosufficienza: l'interdipendenza tra politiche diverse.**
- **Sviluppo degli interventi di mantenimento a domicilio.**
- **Costante qualificazione della rete residenziale.**
- **Tensione a perseguire l'equità tra i cittadini.**
- **Attenzione al rispetto della soggettività della persona ed alla sua qualità di vita anche in presenza di pesanti gravità sanitarie e cognitivo comportamentali.**

L'ambito della non autosufficienza evidenzia questioni aperte sulle quali occorre lavorare nel prossimo triennio leggendole in modo il più possibile trasversale e quindi con riferimento a tutte le persone non autosufficienti sul nostro territorio ma, contemporaneamente, dovendo anche tenere conto di specificità legate ai bisogni che le singole aree esprimono, in particolare anziani e disabili.

Nella nostra provincia nel prossimo triennio è previsto un aumento di popolazione anziana ultra settantacinquenne di 5.000 persone pari a circa 1.670 persone all'anno. Gli anziani oggi si dimostrano attivi ed impegnati su vari fronti, in particolare nell'aiuto familiare e nel volontariato. Gli stili di vita, le condizioni socio economiche ed il riconoscimento del loro ruolo sociale incidono positivamente nella loro partecipazione civile e comunitaria.

La progressione negli anni, in particolare negli ultra ottantenni, evidenzia però l'emersione di condizioni di bisogno, legate particolarmente all'involuzione dell'autonomia personale e sociale, se non a condizioni di fragilità generale. Le strategie di programmazione non possono pertanto prescindere da un'analisi complessiva che tenda ad armonizzare le politiche socio sanitarie con i sistemi complessivi di supporto alla famiglia ed alla sua possibilità di assumere il lavoro di cura verso la generazione anziana, ivi compresi i sistemi urbanistici, abitativi, educativi, economici e, non ultime, le politiche migratorie, in relazione al fenomeno dell'assistenza privata domiciliare. Reggio Emilia dispone di una rete storica consolidata di servizi ed interventi per la non autosufficienza, ma, alla luce del dato di proiezione demografica e alla luce dei cambiamenti che investono la struttura familiare, questa necessita di nuove progettazioni.

3.4.1 Supporto al domicilio

La presenza dei Servizi di Assistenza Domiciliare, in trasformazione qualitativa e quantitativa sia per gli obiettivi previsti dal FRNA, sia per l'accreditamento, riguarda l'1,9% della popolazione target a livello provinciale, con diversità territoriali. Oltre alla capacità di copertura occorre riflettere sul percorso e sui requisiti di accesso al servizio al fine di garantire equità tra i cittadini, anche armonizzando i vari regolamenti comunali onde tener conto della crescente mobilità della popolazione rispetto ai bisogni. Occorre identificare e sostenere progetti integrati con il sistema sanitario, qualificando le modalità d'accesso e favorendo una regia pubblica che faciliti, accompagni e sostenga le famiglie, proponendo diversi interventi.

Resta il problema degli interventi sulla fascia "fragile", a rischio di non autosufficienza, sulla quale sarebbe opportuno nel triennio investire sia in termini di ampliamento delle conoscenze, che attraverso interventi per i quali va evitato il rischio di genericità, di finanziamento su tematiche troppo specifiche a favore di un sistema più ampio, che sviluppi una rete di opportunità tra loro interdipendenti e correlate. Potenziare il supporto al domicilio non deve essere considerato semplicemente come una diminuzione progressiva del ricorso alla residenzialità dal momento che non è possibile, per i servizi, sostituire la famiglia e quindi, in concomitanza con l'aumento della gravosità delle situazioni, scatta comunque la necessità di altre forme di tutela. Se pensiamo all'ambito della disabilità occorre certamente promuovere l'attivazione del servizio domiciliare laddove esso ancora non esiste, ma soprattutto qualificarlo e connotarlo con valenze educative ed evolutive che devono caratterizzare questo tipo di offerta. Occorre poi riflettere sull'utilizzo dei Centri Diurni non sfruttati al pieno delle loro potenzialità anche per ragioni legate alla difficoltà di poter contare su una rete organizzata e flessibile di trasporti. E' utile ed opportuno inserirvi anche altre funzioni oltre a quelle tradizionalmente erogate, più "leggere" ma comunque di supporto alla domiciliarità.

3.4.2 La costante qualificazione della rete "storica"

Il numero dei posti letto convenzionati determina a livello provinciale un indice del 3,4% sulla popolazione ultra settantacinquenne. Le nuove direttive sul FRNA hanno scorporato da questo indice i posti di sollievo (si tratta di un periodo temporaneo che sostiene il mantenimento a domicilio). Calcolando quindi i soli posti continuativi l'indice scende al 3,2%. Mantenere questo livello di offerta significa, visto l'aumento demografico previsto, aumentare di almeno un centinaio di posti l'offerta residenziale. Particolare attenzione va posta anche alle liste d'attesa oggi presenti, che segnalano una domanda superiore alla disponibilità della rete convenzionata pubblica.

3.4.3 Equità come uguaglianza nella personalizzazione: bisogni diversi richiedono risposte differenziate.

La dimensione della cronicità, che spesso segna l'ultima parte della vita, ci interroga sulla qualità dell'offerta della cura e del "prenderci cura", particolarmente in strutture protette. Oltre ai percorsi assistenziali e sanitari, il cui monitoraggio costante su percorsi coordinati interdistrettuali può garantire l'equità di trattamento in ogni territorio, c'è la necessità da parte di tutta la comunità provinciale di promuovere percorsi di sviluppo della qualità della vita delle persone ospitate, per evitare un processo di depotenziamento personale nella fase finale di vita. Le persone nelle residenze sono sempre più anziane, disabili o non autosufficienti e portatrici di condizioni socio sanitarie sempre più gravi.

Risulta prioritario contrastare le dinamiche istituzionalizzanti che tendono ad instaurarsi nelle strutture collettive, già analizzate e contrastate negli anni '70 in psichiatria. Il rischio di avvantaggiare le esigenze organizzativo - funzionali, impersonali e procedurali, rispetto all'attenzione a caratteristiche, individualità, ritmi e opzioni delle singole persone conduce alla deprivazione della soggettività.

La vita in residenze collettive può invece fondarsi sulla valorizzazione degli aspetti di autodeterminazione, di soggettività, di relazioni con il contesto sociale e familiare, costitutive della storia e delle identità delle persone, differenziando le offerte per conciliare diritti e standard generali (sistemi di accesso/requisiti funzionali) con diversificazioni che valorizzino le reciprocità nel rapporto tra domanda, offerta e fruizione dei servizi, nella progettazione individuale.

3.4.4. La demenza

Circa un quarto degli anziani ospiti di residenze presenta gravi disturbi cognitivo-comportamentali. Il tema della demenza si presenta in costante crescita e riguarda sia il sistema domiciliare che quello residenziale. La rete provinciale dei consultori per la diagnosi ed il trattamento di questa patologia devastante mette in luce che il numero di prime visite rapportate al numero di abitanti, con età superiore ai settantacinque anni, è uno dei più alti in regione e il tasso di pazienti presi in carico è il più alto in assoluto. In particolare i dati epidemiologici indicano che la demenza è una malattia correlata all'età e gli studi di prevalenza indicano che circa il 40% degli soggetti con età superiore agli ottanta anni presenta decadimento cognitivo (in particolare Demenza di Alzheimer). Sulla scorta di tali dati è indispensabile porsi delle priorità di intervento che devono riguardare aspetti diversificati dell'operato dei centri disturbi cognitivi e della rete dei servizi.

In particolare, è auspicabile: (I) garantire un elevato numero di prime visite richieste ai centri dei disturbi cognitivi, rispettando i tempi di attesa definiti dalle direttive regionali; (II) garantire un'opportuna e continuativa presa in carico dei pazienti con decadimento cognitivo, attraverso un piano assistenziale individualizzato (anche domiciliare) che preveda trattamenti terapeutici e riabilitativi e di riattivazione funzionale; (III) mantenere la continuità nel rapporto con il paziente ed il *care giver*, coinvolgendo il medico di medicina generale; (IV) garantire continuità nell'opera di prevenzione e sensibilizzazione e la formazione adeguata degli operatori e dei *care givers*; potenziare la qualificazione dei percorsi per persone affette da demenza all'interno dei presidi residenziali per anziani.

3.4.5 La disabilità

Rappresenta un'area di intervento che necessita, nel nostro territorio, di una riflessione e "presa in carico" coordinata e sistematica a superamento della frammentazione che ad oggi la caratterizza. L'articolazione e differenziazione dei servizi offerti ai disabili rappresenta un'area che necessita di una valutazione tecnica di ricomposizione a livello provinciale anche con attenzione al tema della sovra distrettualità. Si evidenzia anche la opportunità di attivare un livello di coordinamento provinciale che, in particolare nell'ambito della grave e gravissima non autosufficienza ma non solo, garantisca un adeguato supporto alle scelte istituzionali.

Infine, argomenti che meritano attenzione riguardano: (I) l'assistenza privata: a tale riguardo si sottolinea la necessità di un lavoro e di un forte patto interistituzionale che supporti e qualifichi il rapporto tra domanda e offerta; (II) l'implementazione, in particolare nell'ottica di mantenere le persone non autosufficienti al domicilio, del programma individualizzato di vita e di cura

promuovendo, altresì, lo strumento della cartella integrata socio-sanitaria; (III) la qualità di vita: si sottolinea la necessità di inserire, nei contratti di servizio con gli enti gestori, indicatori specifici che, monitorati e verificati dalla committenza, diano garanzie di qualità anche ai livelli citati. In generale, comunque, si segnala quale elemento cui prestare attenzione, la distinzione tra committenza e produzione dei servizi, in particolare rispetto ai gestori di residenzialità protetta.

Ancora: (IV) l'assegno di cura: partendo dalla constatazione che tale prestazione può non incidere in modo significativo sul mantenimento del grave non autosufficiente al proprio domicilio, si sottolinea l'opportunità di poter garantire tale prestazione in modo flessibile e maggiormente calibrata sulle situazioni lasciando maggiore flessibilità nella sua erogazione; (V) la non autosufficienza e la minore età: occorre tener conto nella rete di interventi messi in campo la necessità di supportare la permanenza nel contesto abituale di vita; (VI) i trasporti: in considerazione della assenza di progettazioni organica e continuativa si evidenzia l'opportunità di affrontare il problema a livello provinciale o, quantomeno, sovradistrettuale.

3.5 Area sociale

- **Lavoro sociale come lavoro sulle relazioni tra contesto ed individui**
- **Pianificazione sociale di tipo negoziale, incrementale e promozionale**
- **Responsabilità sociale come elemento chiave**
- **Prospettive di lavoro: autonomia ed accompagnamento**
- **Fragilità: tagli di lettura**

3.5.1 Orientamenti di fondo

Il lavoro sociale è definito nella sua interezza da un concetto chiave chiaro ed unificante: la persona nel suo ambiente. L'intervento sociale è realizzato con gli esseri umani nel loro ambiente di vita, ove l'ambiente non è solo luogo fisico, ma luogo sociale. La valorizzazione della territorialità si esprime nella domiciliarietà, nel senso di appartenenza ad un contesto che è, in primo luogo, quello abitativo (la casa, l'edificio architettonico, la struttura urbanistica di un determinato "angolo della città", quartiere, caseggiato), ma che è, al tempo stesso, relazionale, sociale, culturale.

Il lavoro sociale, quindi, nelle sue diverse forme, affronta le relazioni molteplici e complesse tra le persone e i loro ambienti – le transazioni che il sociale tratta sono complesse perché bidirezionali: gli individui sono influenzati dal loro ambiente (che si tratti di una casa che non si trova, di un lavoro che non dà da vivere, di una istituzione scolastica in cui non ci si riconosce...) e, nel contempo, quegli stessi individui hanno il potere di modificare il loro ambiente.

Il lavoro sociale si configura quindi come un *continuum* di servizi ed interventi che vanno da servizi diretti, in cui il *focus* si colloca sugli utenti del servizio (es. terapia familiare, lavoro sui casi), a servizi indiretti in cui il *focus* è posto sulle organizzazioni, sui gruppi, sulle comunità, sui sistemi istituzionali, sulla società (es. educativa territoriale, lavoro di comunità, attività promozionali e di sensibilizzazione). In sintesi, la qualità del *welfare* è qualità relazionale e qualità di vita.

In questo senso, la pianificazione sociale assume un'ottica incrementale e promozionale, in termini non gerarchici, ma di negoziazione. Per ottica incrementale si intende una capacità di pianificazione, analisi e interpretazione già dichiarata come limitata, in cui i progetti richiedono

una continua modifica ed un adeguamento programmato alla luce del *feedback* proveniente dal territorio.

Per ottica promozionale si intende la predisposizione di una programmazione che accompagni lo sviluppo e il cambiamento, che limiti gli effetti degli squilibri sociali, che affermi priorità in ordine alla cura della fragilità, che solleciti il dinamismo del sistema, che arricchisca il capitale sociale e quindi l'autonomia, la capacità decisionale, la capacità di evoluzione dei vari soggetti che concorrono al sistema. Per negoziazione si intende il riconoscimento dell'incertezza come base del lavoro sociale, il riconoscimento dell'ottica promozionale e condivisa piuttosto che normativa.

Obiettivi strategici della programmazione sociale appaiono quindi: (I) la promozione di mix sinergici di risorse e combinazioni intersettoriali efficaci, nella costruzione di reti composte dal pubblico, dal settore *no-profit*, dal volontariato, dal settore informale e dal mercato; (II) la valorizzazione di forme di auto organizzazione della società. Il territorio va visto come partecipazione, come diritto di cittadinanza. È il tema della responsabilità diffusa, è l'importanza del coinvolgimento.

La responsabilità è oggi la parola chiave. Il superamento della frammentazione sociale che si è venuta acuendo in questi anni per la diminuita importanza dei luoghi di aggregazione tradizionali (partiti, bar, oratori...) è la sfida attuale più impegnativa per una prospettiva di domiciliarità. E' dunque essenziale affidarsi al contesto di appartenenza (la famiglia, il vicinato, il volontariato, il sostegno dei diversi servizi, pubblici e del privato sociale), conoscerlo, monitorarlo e farlo interagire affinché assicurino il necessario benessere.

Inoltre quelli di: (III) sostenere ed aiutare nella loro azione di cura le famiglie nella prospettiva dell'accompagnamento (vedi sotto il capitolo trasversalità/strumenti), sostenere ed aiutare le persone a diventare attive e a diventare membri produttivi della società, nell'ottica dell'autonomia; (IV) rilevare e trattare dati con orientamento non solo quantitativo e finalizzato alla rendicontazione, ma costruendo ipotesi di lettura insieme ai diversi attori presenti sul territorio, assumendo un'ottica di trattamento dei dati che porti alla migliore identificazione delle problematiche e alla consapevolezza del dato come strumento di lavoro e di costruzione incrementale.

Il lavoro sociale si occupa per gran parte di fragilità e la fragilità può essere letta da molteplici punti di vista, gran parte dei quali ben documentati nel profilo di comunità. E' possibile assumere un taglio trasversale nella lettura della fragilità sociale, considerando la condizione reddituale e patrimoniale dei singoli e della comunità, la disponibilità di reti di supporto familiari, amicali, di quartiere e di città, la povertà o la ricchezza relazionale, i fenomeni migratori, il tasso di violenza fisica, psicologica e sociale, il tasso di conflittualità familiare.

E' possibile assumere un taglio "storico" nella lettura della fragilità: famiglie con minori, famiglie con anziani, famiglie con malati psichiatrici, famiglie con abuso di sostanze, famiglie abusanti, famiglie con disabili. E' possibile leggere la fragilità tramite l'utilizzo di parametri più societari: stili di vita, offerta dei servizi, politiche di pari opportunità, politiche dei tempi e della mobilità, politiche del lavoro, politiche della casa.

3.5.2 Politiche per le famiglie

- **Famiglia come risorsa: obiettivo strategico**
- **Famiglia e fragilità: fragilità quotidiana e fisiologica. Servizi ed interventi**
- **Famiglia e fragilità: isolamento nella fragilità. Servizi ed interventi**

L'ottica con cui si vuole affrontare il tema famiglia, con le inevitabili semplificazioni che questo comporta, riguarda il rapporto tra fragilità e famiglia. Possiamo identificare almeno tre livelli di fragilità che la famiglia deve sopportare.

Il primo livello attiene alla fragilità quotidiana e fisiologica, come parte della fatica che ogni famiglia conosce nelle varie transizioni e nelle diverse età dei componenti. L'esperienza di questo tipo di fragilità familiare è presente nella quasi totalità delle nostre vite ed esperienze familiari. A questo livello sono connessi gli sforzi di promozione dell'agio, i livelli di prevenzione e di armonizzazione della vita familiare con i tempi e i ritmi della società, le scelte orientate a tutela degli spazi di vita delle persone più deboli (ad esempio "le città dei bambini e delle bambine"), gli spazi di aggregazione per le varie fasce di età, gli spazi di interscambio generazionale, la promozione degli stili di vita sani, le politiche ambientali e di mobilità. Appare obiettivo strategico primario impegnare le risorse delle nostre comunità a sostenere questi ambiti di lavoro sulla fragilità quotidiana e fisiologica, anche nel senso e significato di prevenire lo "scivolamento" verso livelli di fragilità più complessa.

Appare inoltre qui importante sottolineare un passaggio evolutivo che hanno conosciuto i cosiddetti "servizi di prevenzione" per i quali si è progressivamente riconosciuta una strada che li orienta verso la promozione del benessere e dei servizi di prossimità piuttosto che sulla prevenzione per target già predefiniti di popolazione. E' cruciale quindi sviluppare il pensiero e l'azione strategici su questa trasformazione che è in primis assunzione di consapevolezza e orientamento culturale per andare a ripensare e riprogettare i servizi di prevenzione attivi sul territorio, a partire dai servizi per i giovani.

E' necessario inoltre evidenziare come la coraggiosa assunzione della fragilità entro la realtà fisiologica delle vite e relazioni e storie familiari ponga in risalto un altro taglio di lettura peraltro ampiamente praticato dai servizi sociali e socio-sanitari: la lettura della famiglia come risorsa. Il nostro territorio appare ricco di famiglie ed individui che si pongono e vivono e agiscono come risorsa: famiglie ed individui che curano, famiglie ed individui che accolgono, famiglie ed individui che investono sul futuro (vedi gli indicatori di natalità, i percorsi partecipativi, la percentuale di famiglie affidatarie...).

Il lavoro sociale è contiguo a queste risorse, ne fa parte e ne promuove il rafforzamento e la tenuta. Diffuse in questi anni ed in aumento sono le esperienze di gruppi di socializzazione, di auto- e mutuo-aiuto (vedi ad esempio importanti esperienze condotte sui familiari di anziani colpiti da demenza o nell'ambito dell'associazionismo familiare portatori di handicap), di gruppi di sostegno (ad esempio il lavoro sulle famiglie adottive ed affidatarie), gruppi di monitoraggio e progettazione (vedi ad esempio l'importante esperienza dei tavoli di quartiere di Reggio Emilia) ed altre esperienze di cura delle risorse familiari ed individuali.

Queste esperienze si pongono come obiettivo strategico forte del prossimo triennio e devono conoscere continuità e rafforzamento anche in tempi di risorse scarse. Appare inoltre importante

la sistematizzazione e diffusione delle buone pratiche, pur nella consapevolezza e rispetto della prospettiva di lavoro di microcomunità che esse comportano.

Il secondo livello attiene a quello che potremmo definire “isolamento nella fragilità” che comprende livelli di carico oggettivo, quali il costo diretto o indiretto del “prendersi cura” con gravi ripercussioni sulla tenuta dell’intero progetto familiare, e livelli di carico soggettivo quali la sofferenza individuale e l’impossibilità a programmare il futuro, oggi particolarmente attuali alla luce della crisi di cui cominciamo ad intravedere gli effetti.

In questo ambito si collocano le politiche per l’inserimento lavorativo, le politiche di sostegno al reddito, ma anche gli interventi di prevenzione della conflittualità sociale mediante sostegno attivo all’educazione alla legalità, la mediazione sociale, il contrasto attivo e condiviso alla percezione di insicurezza della popolazione. In questo ambito si colloca l’attività educativa territoriale e si collocano gli interventi di sostegno alla genitorialità. In questo ambito si colloca il tema dell’equità della contribuzione e della compartecipazione dei cittadini al costo dei servizi che appare cruciale per la programmazione di zona al fine di identificare strumenti omogenei e condivisi che assicurino una compartecipazione equa e corretta, correlata ai bisogni e alla capacità contributiva.

Il terzo livello, quello della c.d. “fragilità protetta” chiama in causa il sistema dei servizi di cura cui è dedicato un capitolo a parte.

In sintesi, si identificano alcuni ambiti di lavoro prioritario: (I) il potenziamento e la messa in rete di tutte le attività di informazione e formazione a favore della famiglia (centri per le famiglie, consultori familiari, sportelli sociali nella parte del lavoro di comunità ad essi affidato, risorse informali); (II) il potenziamento delle politiche integrate di assistenza alla genitorialità e alla famiglia compresi anche le attività consultoriali specifiche e quelle dei centri per le famiglie e dei servizi sociali (III) il potenziamento delle attività di progettazione trasversale con altri settori della pubblica amministrazione quale condizione di maggiore efficacia nell’affrontare in particolare la centralità del lavoro, della qualità della vita connessa ai contesti e ai luoghi dell’abitare e della socialità, della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro/studio.

Inoltre: (IV) il potenziamento delle prestazioni di aiuto domiciliare e di accoglienza sul versante della flessibilità e personalizzazione (affidi a tempo parziale, per il *weekend*, per i compiti); (V) il potenziamento delle attività promozionali e preventive dei servizi (lavoro di territorio, campagne promozionali sull’accoglienza, mediazione familiare); (VI) il potenziamento dell’attività e delle metodologie di sostegno alla povertà sia dal punto di vista del sostegno economico (crisi in arrivo e suo impatto sul territorio) che del sostegno evolutivo ed educativo (accompagnamento all’autonomia).

Ancora: (VII) la costruzione di un sistema di buone pratiche sulle azioni di educativa territoriale, in particolare costruendo azioni che mettano a sistema le grandi potenzialità dell’intervento educativo territoriale; (VIII) l’attivazione di azioni di studio e omogeneizzazione della compartecipazione dei cittadini a livello distrettuale e poi sovra distrettuale per garantire l’equità della contribuzione; (IX) la promozione di iniziative di aggregazione con funzioni educative in particolare sviluppando i servizi di prossimità (centri giovani, centri anziani, centri pomeridiani attuati nel territorio, interventi di strada e di comunità); (X) il potenziamento delle azioni di sostegno/riflessione al ruolo degli adulti (famiglia, scuola, sport) quale condizione per favorire un contesto educante e dialogante per le giovani generazioni. (XI) la prosecuzione con coerenza di tutti gli interventi dedicati all’integrazione dei cittadini immigrati, con particolare riguardo

all'accesso alle informazioni e ai servizi, all'integrazione scolastica, ai percorsi di rappresentanza, alle problematiche specifiche delle seconde generazioni

3.5.3 Politiche di cura

• **Famiglia e fragilità: la fragilità "protetta". Servizi ed interventi**

L'ambito della fragilità più protetta non rappresenta ovviamente una cesura degli orientamenti e del sistema che il profilo di comunità delinea: nel continuum di interventi sociali e socio-sanitari quelli più orientati ad una fragilità che si orienta verso la protezione e la tutela l'ambito della cura non appare ovviamente né inferiore né superiore, ma solo più orientato verso il singolo caso e verso una gestione intensiva e continuativa delle situazioni che si incontrano in questa area.

Il modello di riferimento appare orientato al riconoscimento della condizione di fragilità, ad una sua valutazione multi dimensionale e a una messa in campo di una molteplicità di interventi tra loro coordinati di tipo sociale, sanitario, familiare, comunitario. Si collocano in questo ambito interventi di sostituzione totale o parziale delle responsabilità genitoriali, tutti gli interventi socio-sanitari degli ambiti disabili e anziani, gli interventi sul disagio sociale sia in area povertà, che salute mentale che dipendenze.

I servizi sociali, sanitari e socio-sanitari hanno negli anni investito molte risorse nell'ambito della fragilità "protetta" in quanto gli interventi di questa area assorbono molte delle risorse umane e finanziarie messe in campo dai diversi soggetti del sistema. Appare importante preservare e curare e "fare manutenzione" di un patrimonio di esperienze professionali, organizzative ed umane che il nostro territorio ha saputo costruire negli anni, resistendo alle suggestioni del "libero mercato" *tout court* e alle spinte puramente orientate alle prestazioni.

Anche l'ambito della fragilità protetta appare un ambito in cui si persegue l'obiettivo di integrare coraggiosamente la fragilità nelle vite delle persone e delle famiglie, dei servizi e dei quartieri, utilizzando un linguaggio del limite che cerca e trova strade per costruire soluzioni, nella consapevolezza della parzialità delle risorse e delle soluzioni offerte.

Obiettivi strategici di questa area appaiono dunque, oltre agli obiettivi già declinati nell'ambito del socio-sanitario e nella successiva area dedicata agli "strumenti", azioni di "cura" nel contesto sopra delineato della "persona nel suo ambiente":

- potenziare gli interventi personalizzati nelle fasi di maggiore fragilità sociale, utilizzando una molteplicità di servizi e sguardi professionali sia nella valutazione che nell'accompagnamento verso l'autonomia.
- Potenziare e coordinare tutti gli interventi di sostegno alle capacità genitoriali attuati nei vari luoghi del lavoro sociale e socio-sanitario (centri famiglie, scuole, supporti psicologici di vario tipo, servizio sociale, educativa familiare).
- Attuare con coerenza la tensione verso la domiciliarità orientando le risorse verso l'assistenza domiciliare, l'integrazione delle assistenti familiari nel sistema di cura e la qualificazione della loro professionalità, il sostegno ad interventi per la permanenza nel contesto domiciliare anche protetto (residenzialità di livello medio dell'area disabili, appartamenti protetti, accoglienza e affido, sostegni di vario tipo al *care giver*).
- Creare luoghi e spazi di attivazione di politiche di contrasto alla violenza sulle donne, coinvolgendo quegli enti e quelle realtà del territorio che a diversi livelli operano in situazioni legate al fenomeno, con l'obiettivo di costruire una relazione di aiuto con le vittime, di

individuare strumenti di istruttoria, sanzione e punizione in tempi brevi, di realizzare azioni di sensibilizzazione e prevenzione e contrasto alla legittimazione e produzione della violenza sulle donne.

- Potenziare gli interventi sull'integrazione dei cittadini immigrati anche sul versante dello sviluppo degli sportelli antidiscriminazione.
- Utilizzare appieno le potenzialità del Fondo Regionale Non Autosufficienza per sviluppare una rete di servizi socio-sanitari omogenea sul territorio provinciale garantendo equità di diritti per tutti i cittadini del territorio.
- Privilegiare interventi, anche innovativi, di accompagnamento al potenziamento delle capacità e delle risorse personali, con particolare riguardo all'inserimento lavorativo e alla formazione.

3.6 Gli strumenti e i percorsi

3.6.1 L'accesso e l'accoglienza

- **Costruire un sistema professionale accogliente di punti di accesso coordinati fra loro ed integrati con le risorse del contesto**

Le modalità di accoglienza, informazione e prima presa in carico praticate dai servizi del territorio provinciale sono ad oggi molto differenziate. Insieme a realtà che già da tempo hanno sperimentato e consolidato lo Sportello Sociale nelle modalità individuate dal Piano Sociale e Sanitario, ne esistono altre in cui l'accesso è ancora diretto e mancano specifiche funzioni di orientamento.

Occorre perciò potenziare il riconoscimento da parte degli Sportelli Sociali della molteplicità dei punti di accoglienza formali ed informali che si attuano sul territorio (sportelli tematici, parrocchie, strutture residenziali, CAAF, ecc.) e dare vita a protocolli, intese, collaborazioni, momenti sinergici che pongano in essere la rete dell'accoglienza e dell'orientamento nel territorio. In questa ottica gli Sportelli Sociali diventano generatori e attivatori di risorse, riconoscendo e valorizzando non solo i soggetti già formalmente istituiti nel contesto locale ma anche i soggetti informali.

Al fine di garantire la massima accessibilità, il facile reperimento delle informazioni, l'ascolto orientato alla centralità del bisogno portato, la semplificazione e l'unitarietà dell'accesso, è opportuno sostenere e facilitare l'attivazione in tutti i Distretti della funzione di Sportello Sociale, da intendersi quale sistema unitario che raccorda in un unico punto tutte le informazioni sulle opportunità ed i processi della zona, prevedendo che l'unitarietà del sistema si traduca in più punti fisici di accesso vicini al cittadino.

Obiettivo strategico comune a tutti i Distretti è il rafforzamento degli Sportelli Sociali sul duplice versante dell'accoglienza/orientamento e della creazione di reti territoriali, con attenzione alla rilevazione e al trattamento dei dati non solo quantitativi e con la costruzione di ipotesi di lettura insieme ai diversi attori presenti nel territorio di riferimento. Per favorire l'implementazione del sistema degli Sportelli, occorre prevedere il coinvolgimento e la formazione degli operatori, anche con momenti di confronto sovra distrettuale, e l'adozione di strumenti operativi di supporto all'accoglienza, alla prima valutazione, alla raccolta ed elaborazione dei dati.

Il confronto fra sistemi distrettuali è strategico sia in un'ottica di maggiore crescita professionale delle persone coinvolte, sia nella prospettiva di una maggiore omogeneità ed equità di opportunità per il cittadino. Al fine di razionalizzare i percorsi ed adottare modalità integrate anche nella fase dell'accesso, lo Sportello Sociale di Zona si dovrà coordinare operativamente con lo Sportello Unico delle attività distrettuali, da costituirsi all'interno del Distretto sanitario con funzioni di informazione e di orientamento.

3.6.2 La valutazione

- **Diffondere e sviluppare in tutti i servizi la cultura della multidimensionalità della valutazione**

L'integrazione professionale fra i servizi coinvolti, finalizzata ad un approccio unitario ai bisogni delle persone, è attualmente praticata con modalità ed intensità diverse a seconda dei target. Anche nelle aree di lavoro in cui le modalità integrate sono più radicate, e specificamente richieste da disposizioni normative per l'accesso a specifici servizi o prestazioni (anziani, disabili), si riscontrano modalità operative locali molto differenti, legate all'esperienza territoriale o a diverse organizzazioni dei servizi.

Occorre ribadire la necessità di un approccio multi dimensionale e multi professionale in tutte le aree di lavoro, al fine di una valutazione integrata che sia effettivamente il frutto degli apporti tutte le professionalità a vario titolo coinvolte nell'esame delle situazioni e nell'elaborazione di ipotesi progettuali. Tale principio deve gradualmente trovare un'applicazione generalizzata, anche con l'ausilio di gruppi di lavoro e coordinamenti distrettuali e sovra distrettuali che aiutino a valorizzare le esperienze già attive e dare maggiore omogeneità agli strumenti utilizzati in un'ottica di efficacia e di equità. Questo anche attraverso la definizione di precisi protocolli.

Si ritiene in particolare di dare impulso ad una multi disciplinarietà più strutturata e coerente alle premesse nelle seguenti aree di lavoro unite ad una modalità riconosciuta e strutturata di accesso ai servizi:

3.6.2.1. Famiglie con minori

Occorre identificare e programmare nelle equipe la presenza delle professionalità sociali e sanitarie richieste dal caso e dalla situazione organizzativa (assistente sociale, educatore, psicologo, neuropsichiatra, infermiere, pediatra), da integrarsi con le altre professionalità necessarie alla definizione del progetto complessivo (pedagogista, insegnante, ecc), anche in relazione alle più recenti disposizioni in materia (L.R. 14/2008 in merito ad equipe di primo e secondo livello; DGR 846/2007 in merito ad equipe specialistiche e territoriali);

3.6.2.2. Adulti in condizione di svantaggio, marginalità, doppie diagnosi

Occorre creare maggiore sinergia fra i servizi coinvolti (Servizio Sociale Adulti, Servizio di Salute Mentale, SerI) per un coinvolgimento di tutte le professionalità interessate fin dal primo momento della valutazione. Tale modalità risulta particolarmente necessaria nelle situazioni in cui non sia facilmente individuabile una competenza prevalente (adulti con patologie psichiatriche, in particolare se disabili, soggetti con dipendenza non in fase di trattamento, ecc).

3.6.3 Il progetto individuale

- **Elaborare progetti di vita flessibili, collegati al contesto e comprensivi degli aspetti sociali, sanitari, educativi e formativi, lavorativi, ricreativi.**

La valutazione multidimensionale, intesa come strumento generalizzato di lettura dei bisogni, deve tendere alla definizione di un progetto di vita dettagliatamente individuato in base alle specifiche esigenze socio-sanitarie, alle risorse individuali e del contesto di riferimento, alla prospettiva di evoluzione dei bisogni evidenziati. Partendo dalla centralità della persona, deve quindi prevedere soluzioni in grado di affrontare globalmente i vari aspetti di vita, dalle esigenze di cura fino ai bisogni ricreativi e relazionali ed essere concepito in maniera flessibile al fine di adeguarsi al mutare dei bisogni e delle condizioni iniziali.

L'utilizzo dei progetti individuali così intesi va considerato prioritario in tutti gli ambiti, al fine di rafforzare la globalità e la flessibilità dell'approccio laddove i progetti siano già previsti per disposizioni normative (PAI, PEI, ecc), o di costruire modalità più strutturate ed adeguate laddove non ancora presenti. Tutti i servizi che partecipano alla valutazione e di conseguenza alla definizione del progetto concorrono ad individuare i soggetti sociali (associazioni, cooperative, circoli, Caritas, ecc.) che possono collaborare alla sua realizzazione, coinvolgendoli nella definizione operativa del progetto stesso in un'ottica di collaborazione, responsabilizzazione e protagonismo della comunità.

3.6.4 L'accompagnamento

- **Garantire la continuità della presa in carico e degli interventi, in collaborazione con i partner pubblici e privati del sistema.**

La realizzazione del progetto individuale, e più in generale i percorsi all'interno della rete dei servizi, articolata in una molteplicità di punti richiedono il costante accompagnamento della persona e della famiglia, con intensità e modalità diverse a seconda dei livelli di autonomia. Tale funzione di accompagnamento non è soltanto da intendersi in capo alle specifiche funzioni dei responsabili del caso - comunque da individuarsi, per la realizzazione dei progetti individuali, in capo alle professionalità coinvolte prevalentemente - ma va anche interpretata quale responsabilità complessiva del sistema dei servizi integrati al fine di rendere i passaggi il più possibile fluidi e privi di discontinuità.

È in tal senso opportuno valorizzare , laddove esistano, ed estendere ove non siano ancora attivate le prassi di raccordo operativo fra servizi prevedendo appositi protocolli, che evidenzino, nel rispetto delle specifiche competenze, ma con la flessibilità necessaria ad andare "oltre", le modalità di raccordo necessarie per garantire la massima continuità.

Tale obiettivo si rende maggiormente necessario per le aree di lavoro, precedentemente richiamate, in cui l'approccio multi dimensionale non risulta ancora sufficientemente strutturato. Inoltre, l'accompagnamento richiama una nuova modalità di approccio all'utente che non è più visto solo come singolo, ma in un contesto ricco di problemi ma anche di risorse.

L'accompagnamento affianca l'utente e la sua famiglia, favorendo "buone" scelte e attivando risorse, affiancando ad una tradizionale erogazione di servizi una posizione di supporto alle scelte familiari e di orientamento verso soluzioni complesse e flessibili. Obiettivo strategico è quindi

l'applicazione di una metodologia di lavoro più orientata al contesto, promuovendo mix sinergici di risorse e combinazioni intersettoriali più efficaci, sostenendo ed aiutando le famiglie nella loro azione.

3.6.5 Il monitoraggio

- **Porre maggiore attenzione alla verifica dell'efficacia dei progetti e delle azioni attivate**

Così come richiesto a livello della programmazione generale, anche le fasi più strettamente operative del lavoro sociale e socio-sanitario integrato necessitano di assumere maggiormente la cultura della verifica e del monitoraggio dei progetti attivati in merito alla loro efficacia. In un sistema condiviso di corresponsabilità fra i servizi fin dalla fase della valutazione, anche tale funzione deve scaturire da un confronto multi professionale, che coinvolga anche i partner sociali attivati, volto a garantire la massima efficacia delle azioni intraprese in termini di benessere complessivo della persona, della famiglia e del contesto, ad apportare le modifiche ritenute necessarie, a fornire una lettura integrata dell'intero processo in un'ottica di crescita complessiva del sistema.

3.6.6 La formazione comune

- **L'integrazione dei processi attraverso percorsi formativi strutturati**

L'obiettivo di costruire strumenti omogenei e condivisi passa attraverso il coinvolgimento di tutte le professionalità e competenze in gioco; la formazione rappresenta il luogo privilegiato della riflessione, in cui rivedere procedure di lavoro consolidate e tentare approcci innovativi ed interdisciplinari.

Occorre prevedere momenti formativi strutturati e non occasionali, finalizzati al confronto costante delle filosofie e delle prassi di lavoro fra servizi con appartenenze istituzionali ed approcci consolidati molto differenti. L'integrazione delle politiche (sociali, sanitarie, educative, formative, lavorative, ricreative) passa attraverso la conoscenza reciproca, la condivisione e interpretazione dei mandati, la definizione degli obiettivi comuni, l'analisi dei processi e delle organizzazioni che li sostengono.

3.6.7 La definizione di protocolli omogenei e condivisi

- **La definizione di strumenti di raccordo interistituzionale**

Il protocollo rappresenta lo strumento che traduce l'esito della riflessione in una proposta di modalità di lavoro nuove, che viene legittimato dalle istituzioni di appartenenza ed assunto dai servizi interessati in via sperimentale. Come tale si presta agli adeguamenti ed alle articolazioni resi necessari dall'applicazione pratica, garantendo, nel cambiamento, la necessaria flessibilità ed allo stesso tempo l'evidenza dei percorsi.

È necessario in questa ottica riprendere, aggiornare e confrontare i protocolli già esistenti, valorizzare e verificare le sperimentazioni presenti, costruire nuovi percorsi nelle aree di lavoro finora meno coinvolte in processi di integrazione.

3.6.8 Il processo di accreditamento

La prossima approvazione delle norme sull'accREDITamento delle strutture e dei servizi socio-sanitari dovrà impegnare la *governance* locale nella direzione dell'arricchimento e della valorizzazione delle migliori esperienze e modelli di gestione dei servizi. L'accREDITamento appare come il più recente e non ancora compiuto risultato del processo di riorganizzazione del *welfare* locale che la Regione Emilia Romagna ha intrapreso da alcuni anni a questa parte ed i cui sbocchi principali sono al momento il Piano Sociale e Sanitario con il suo complessivo ridisegno del sistema locale e il processo di trasformazione delle IPAB in ASP che ha immesso nell'assetto di *governance* un soggetto innovativo di grande rilevanza, connesso agli ambiti distrettuali e alle politiche e gestioni dei Comuni associati.

L'accREDITamento dovrà essere interpretato come un processo di crescita qualitativa dell'intero sistema territoriale dei servizi socio-sanitari, un processo che dovrà tener conto delle scelte di progettazione e dei legami peculiari con le comunità e i territori di riferimento.

Elementi di novità principali del processo di accREDITamento appaiono:

- una nuova modalità di rapporto tra enti pubblici e privati, connessa al riconoscimento di servizio pubblico e come opportunità di evoluzione rispetto al sistema degli appalti e ad un presidio della qualità e dell'omogeneizzazione delle prestazioni;
- la strutturazione dell'intervento socio-sanitario sulla linea portante della ricomposizione delle responsabilità gestionali in capo ad un unico soggetto gestore;
- il ruolo forte ed accresciuto riconosciuto ai Distretti nei termini della organizzazione della programmazione e della committenza, nonché delle funzioni di monitoraggio e controllo.

In questo senso, l'organismo competente in ambito distrettuale alle funzioni di accREDITamento, sarà chiamato non solo a svolgere un ruolo formale di garanzia rispetto alla qualità e all'equità per gli utenti, ma a governare il percorso in un'ottica di programmazione e di attenzione a non disperdere valori e soggetti importanti.

Particolare attenzione dovrà essere dedicata nei Distretti a quei servizi che saranno accREDITati e che sino ad ora non erano soggetti ad autorizzazione al funzionamento, come l'assistenza domiciliare. In tal caso, il processo di accREDITamento dovrà vedere i Distretti impegnati da un lato a garantire equità, omogeneità e qualità delle prestazioni sull'intero ambito distrettuale, dall'altro a valorizzare gli elementi di personalizzazione e di flessibilità dell'intervento a domicilio che anche la D. G.R. 1206/2007 individua come strategici. La CTSS dovrà individuare tempi e sedi tecniche per definire operativamente il rapporto e il raccordo tra Uffici di Piano e l'organismo tecnico di ambito provinciale.

3.7 Programmi provinciali

3.7.1 Programma provinciale per la programmazione di politiche di accoglienza e tutela dell'infanzia e dell'adolescenza (affidamento, adozione, contrasto all'abuso)

Il programma provinciale per la promozione delle politiche di accoglienza e tutela si inserisce a pieno titolo nella programmazione territoriale dell'area responsabilità genitoriali, infanzia e adolescenza. La Provincia infatti affianca i Servizi Integrati Distrettuali, titolari delle funzioni di

programmazione e gestione dei servizi e degli interventi per minori e famiglie, con azioni di sistema, progettate e monitorate da un gruppo tecnico di coordinamento provinciale.

3.7.1.1 Azioni di sistema trasversali: affido, adozione, contrasto all'abuso.

- **Consolidare e rilanciare la funzione di coordinamento tecnico provinciale per l'infanzia e l'adolescenza che, a fronte della progettazione in corso in ambito provinciale e zonale, si inserisca pienamente nei nuovi indirizzi regionali e valorizzi l'esperienza fin qui condotta dal gruppo tecnico di coordinamento provinciale "camminare diritti"**
- **Sviluppare il coordinamento strategico tra la Provincia, gli Uffici di Piano e il Coordinamento Sociale dell'Azienda USL finalizzato a sostenere il sistema integrato degli interventi socio-sanitari**

3.7.1.2 Affidamento familiare e in comunità.

- **Rilanciare le politiche di affidamento familiare e di accoglienza**
- **Avviare una qualificazione delle risposte accoglienti nelle strutture di tipo familiare e verso gli adulti accoglienti**

L'esperienza degli ultimi anni si caratterizza per la sempre maggiore complessità delle situazioni per le quali si valuta opportuno per il bambino realizzare un affido etero familiare. Si dimostra sempre più forte la necessità di interventi rivolti alle famiglie mononucleari e l'esigenza di un affido a tempo parziale, ed appaiono sempre più importanti i problemi legati alle situazioni di bambini stranieri sui quali attivare interventi di accoglienza extrafamiliare.

In un tale contesto, oltre ad una adeguata preparazione delle famiglie affidatarie, si dimostra più che mai utile anche ricercare e sperimentare nuove possibilità. Le risorse che negli anni hanno dato disponibilità a queste accoglienze si sono differenziate in una gamma di alternative che vanno dalla famiglia singola, che fa una scelta "individuale" di accoglienza, fino ad arrivare, attraverso le sue formulazioni intermedie, all' "insieme di famiglie" o "famiglie associate" in base alle quali è possibile individuare distinte tipologie di accoglienza (famiglia singola, non legata ad alcuna realtà associativa; famiglia che appartiene ad un'associazione e/o famiglia che ha rapporti con l'associazione, ma che gestisce l'affido singolarmente e direttamente; famiglia che vive comunitariamente e che mette in comune anche l'esperienza di affido; famiglia, appartenente ad un'associazione, che si connota come comunità familiare o casa famiglia; comunità educativa).

La stessa nuova direttiva sull'accoglienza rende necessaria ed auspicabile una riflessione congiunta, a livello territoriale, sul come definire gli ambiti, le modalità e i percorsi delle accoglienze in relazione ai bisogni dei bambini e delle caratteristiche delle risorse disponibili ad accogliere (famiglia affidataria, comunità.....). Le equipe zonali, che si occupano di accoglienza, hanno realizzato iniziative promozionali sull'affidamento familiare. Nucleo centrale sono i momenti diversificati di avvicinamento alle persone interessate al tema dell'affido familiare e le diverse iniziative comprese nei programmi provinciali di promozione dell'affido. E' in corso di costruzione un importante progetto di sensibilizzazione delle famiglie potenzialmente "accoglienti".

3.7.1.3 Azioni di contrasto agli abusi e ai maltrattamenti in danno ai minori

- **Consolidare le reti che si occupano di tutela e contrasto delle forme di violenza**

Il tema della tutela (tutelare significa salvaguardare, curare, proteggere, difendere) si colloca da un lato trasversalmente al tema 'infanzia' (la promozione dei diritti e delle opportunità) e, dall'altro, richiede un approccio specifico. In effetti si tratta di sensibilizzare la comunità ad assumere una responsabilità forte quando vi è un rischio o un pregiudizio per i minori e avendo a mente sia il benessere dei bambini che la relazione con chi si prende cura di loro. Una coerente progettualità che riguarda l'individuazione e la presa in carico delle situazioni di maltrattamento all'infanzia non può che tradursi in un'attiva e diffusa politica di "riduzione del rischio". Obiettivo è quello di impedire la cronicizzazione del disagio potenziando, con interventi specifici di "empowerment", le "buone competenze genitoriali", in particolare nelle fasce più deboli della popolazione.

Per garantire un efficace intervento di tutela e cura sia delle vittime, che di coloro che agiscono il maltrattamento, occorre che vengano attivate, a cura dei diversi soggetti coinvolti nella presa in carico, alcune azioni organizzate in un'articolata sequenza logica, prima ancora che temporale. I servizi, implicati nelle differenti fasi dell'intervento, sono quelli normalmente preposti alla tutela sociale, sanitaria ed educativa del benessere del minore. Tutti i servizi sono impegnati nel percorso.

Determinante risulta essere la forte integrazione che lega tra loro i diversi attori (servizi e professionisti) attraverso protocolli interistituzionali che supportino le buone prassi operative, con particolare riferimento alle connessioni tra la componente sociale e quella sanitaria dell'intervento, in sinergia con gli interventi giudiziari.

3.7.1.4 Adozione nazionale e internazionale.

- **Sviluppare il coordinamento dei diversi attori istituzionali e sociali che hanno competenze in materia di adozione nell'ambito del tavolo camminare diritti**
- **Pianificare in un'ottica provinciale la formazione degli operatori e i corsi per le coppie**

Gli obiettivi perseguiti per quest'area di intervento mirano a garantire il coordinamento dei diversi attori. Sono qui coinvolti sia soggetti istituzioni che non, con competenze in materia di adozione al fine di realizzare: corsi pre-adozione per tutte le coppie che accedono all'iter adottivo, il monitoraggio e la promozione degli interventi post-adottivi, la formazione degli operatori con particolare riferimento alla fase post-adottiva, il monitoraggio delle liste di attesa per contenerle ed eventualmente superarle.

Da tempo è attivo in provincia il Gruppo Tecnico Provinciale "Camminare Diritti" che consente agli operatori designati dalle diverse zone di usufruire di uno spazio e di un tempo utili a ricostruire legami, a ri-conoscersi, ad attivare possibili scambi ed integrazioni di conoscenze, al fine di favorire una integrazione di competenze e responsabilità, elaborando ipotesi, condividendo scelte strategiche e approcci culturali.

3.7.2 Programma provinciale “Piano territoriale provinciale per azioni di integrazione sociale a favore dei cittadini stranieri immigrati”

<ul style="list-style-type: none">• Immigrati: altre e diverse forme di mediazione, donne, giovani e rappresentanza
--

La popolazione provinciale nel 2007 ha superato il mezzo milione di abitanti (510.148) ed è stata interessata da un flusso migratorio che per rapidità d'aumento e consistenza non ha uguali nelle altre province italiane. La componente di origine straniera rappresenta una porzione strutturale e consolidata del tessuto sociale locale, sempre meno distinguibile per profilo demografico dalla componente italiana, come ci dicono la prevalenza di persone che vivono con la propria famiglia rispetto a quelle che vivono sole, la percentuale di donne (46,5% della popolazione immigrata) ed il costante aumento di bambini nati in Italia.

Alle sfide che la società multiculturale pone alla coesione sociale è chiamato a rispondere anche il Programma provinciale per le azioni di integrazione sociale a favore dei cittadini stranieri. Il Piano Sociale e Sanitario lo inserisce tra gli strumenti di programmazione con il compito specifico di definire azioni di sistema di ambito sovrazonale in grado di integrare e sviluppare le attuali reti dei servizi pubblici e privati, in un'ottica di qualificazione, di continuità e di progressivo consolidamento territoriale delle politiche rivolte agli immigrati stranieri.

Alla luce della lettura congiunta dei risultati delle azioni messe in atto a livello provinciale e zonale negli scorsi anni si ritiene che le priorità strategiche d'azione triennale per il Programma provinciale immigrazione possano essere le seguenti:

- consolidare la funzione di osservatorio provinciale del fenomeno migratorio anche rendendo più sistematiche le elaborazioni e gli approfondimenti di carattere distrettuale;
- consolidare la funzione di coordinamento provinciale finalizzata ad offrire luoghi di riflessione, di scambio e di progettazione a livello provinciale rivolti ai tecnici, per una migliore diffusione dei risultati ottenuti ed il confronto sulle criticità;
- investire sulle famiglie immigrate come risorse e fattori d'integrazione rinforzando l'attenzione e le competenze della rete dei servizi in merito alla gestione della complessità delle relazioni familiari in una prospettiva interculturale;
- consolidare e valorizzare l'apporto dei mediatori culturali e contribuire, nel contempo, alla diffusione delle metodologie di comunicazione interculturale tra gli operatori dei servizi e la sperimentazione della mediazione dei conflitti e della mediazione familiare in ambito transculturale;
- sostenere la donna immigrata perchè possa essere soggetto attivo di integrazione sociale rafforzando i luoghi capaci di ascolto (i servizi sociali e sanitari dedicati, ma anche la scuola, le associazioni, il contesto lavorativo, le reti di vicinato) e la capacità di offerta di opportunità da parte di chi ascolta;
- sostenere le forme e i luoghi che favoriscono la socializzazione con i pari italiani dei ragazzi di origine straniera, in particolare gli/le adolescenti;
- sviluppare percorsi di rappresentanza di livello distrettuale coordinati con quelli di livello provinciale, a partire dalla valorizzazione di quelli già in essere;
- assumere in modo trasversale una attenzione peculiare alle varie forme di discriminazione e assicurare l'apporto provinciale alla rete regionale contro le discriminazioni.

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

4.1 Strumenti di coordinamento interistituzionali

4.1.1 Gruppi tecnici permanenti di coordinamento e di supporto interistituzionale

In ambito territoriale esistono diversi gruppi tecnici che favoriscono l'integrazione delle politiche ed il loro coordinamento. Tra questi merita ricordare i seguenti:

- Ufficio di Supporto. Ha come organizzazione di riferimento la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (CTSS). L'Ufficio di Supporto ha funzioni di appoggio informativo, di monitoraggio e di istruttoria ai fini dell'attività di indirizzo, verifica, promozione, raccordo e coordinamento nelle materie di riferimento della CTSS ed è composto dal responsabile, dalla segreteria, dai rappresentanti designati da Comuni capofila, A.U.S.L., Provincia, ASMN. E' stato attivato nell'Agosto del 2008.
- Gruppo Ristretto. Le organizzazioni di riferimento sono A.U.S.L., Provincia e soggetti territoriali di *governance* (Comuni capofila/Unioni). Ha funzioni di raccordo provinciale per rafforzare le azioni di sistema: osservatorio a supporto della *governance*, progettazione e monitoraggio sovra-distrettuale. E' composto dalla Direzione per le attività socio sanitarie dell'A.U.S.L.), dal Servizio Programmazione Sanitaria e Sociale della Provincia e dai Responsabili degli Uffici di Piano. E' attivo, ma da riattualizzare ai nuovi assetti definiti da PSSR 2009-2011.
- Gruppi di coordinamento per le aree tematiche afferenti al FRNA. Fanno riferimento ai Comuni capofila, all'A.U.S.L., alla Provincia. Hanno funzioni di sviluppo omogeneo di percorsi e procedure della rete dei servizi domiciliari, semiresidenziali e residenziali e degli interventi socio sanitari integrati nonché di sviluppo di percorsi di qualificazione ed accreditamento. Sono composti dalla Direzione per le Attività Socio Sanitarie della AUSL), dai responsabili delle Zone per aree tecniche, dai responsabili della Provincia per aree d'intervento. Il Gruppo Anziani è attivo mentre quello per i Disabili e per le Fasce Deboli (dipendenze e salute mentale) sono da attivare.
- Gruppi di coordinamento altre aree tematiche socio sanitarie integrate minori. Fanno riferimento a Comuni capofila, A.U.S.L.e Provincia.
- Coordinamento area infanzia con funzioni di qualificazione dei percorsi socio sanitari educativi integrati rivolti a minori e famiglie in difficoltà. Il Coordinamento dell'area infanzia è composto da Servizi sociali, socio sanitari, sanitari, educativi di ambito distrettuale e provinciale. E' da attivare.
- Accoglienza e Tutela (affido, adozioni, abuso). Ha funzioni di coordinamento tra attori istituzionali e sociali per qualificare, raccordare e promuovere azioni per l'accoglienza e di contrasto all'abuso. E' composto da: Camminare Diritti, professionisti dei Distretti, dell'AUSL e della Provincia. E' attivo, ma da riattualizzare in riferimento ai nuovi indirizzi regionali in materia ed in integrazione con il Coordinamento area infanzia.

4.2 Strumenti di partecipazione e confronto

La CTSS, quale luogo/strumento di coordinamento delle politiche territoriali offre l'opportunità di rafforzare la cultura del confronto che già rappresenta una pratica consolidata che arricchisce e distingue il nostro territorio. Si ritiene necessario favorire il confronto coniugandone il valore con l'esigenza di tempestività dei processi decisionali indispensabile, in un contesto di forte complessità e dinamicità, per fornire risposte efficaci ai bisogni della comunità

4.2.1 Il confronto con le Organizzazioni Sindacali

Nelle scorse settimane si è giunti alla sottoscrizione di un Protocollo d'intesa tra la CTSS, le Aziende Sanitarie di Reggio Emilia e le organizzazioni sindacali CGIL, CISL e UIL che individua nel confronto tra le parti uno strumento di qualificazione del sistema di tutela sociale e sanitaria del territorio.

Nel rispetto delle reciproche autonomie e ruoli, stabilisce i livelli di confronto, le materie oggetto di confronto o concertazione e le modalità operative per dare sistematicità ed incisività alle relazioni. Il Protocollo ribadisce l'esigenza di definire una programmazione di interventi che partendo dalla centralità del cittadino ne faciliti l'accesso ai servizi ed alle prestazioni, condividendo come indirizzo generale strategico il mantenimento dell'equità e dell'universalità nell'erogazione dei servizi sociali e socio-sanitari.

4.2.2 Il dialogo con il Terzo Settore

Il Coordinamento del Terzo Settore di Reggio Emilia, costituitosi nel maggio 2008, rappresenta per la CTSS un importante interlocutore: si ritiene necessario rafforzare la collaborazione e strutturare il confronto con il Terzo Settore anche a livello di Coordinamento, sia per quanto attiene la programmazione di ambito distrettuale che di ambito provinciale, per favorire l'omogeneità e la sistematicità del confronto sulle scelte strategiche di programmazione.

4.2.3 Il contributo di altri soggetti

L'esperienza se pur ancora embrionale del dialogo allargato che si è ritenuto utile e necessario per giungere alla formulazione del Profilo di Comunità ci ha fatto capire come siano tanti i soggetti che, vivendoci, osservano, interagiscono ed influenzano il nostro territorio. Senza sminuire l'importanza dei soggetti con cui direttamente collaboriamo o che più compiutamente rappresentano gli interessi della popolazione risulta evidente come occorra un dialogo con le organizzazioni delle imprese per affrontare tematiche legate al lavoro, alla sicurezza sul lavoro, alla salubrità dell'ambiente, all'armonizzazione dei tempi della vita delle donne e degli uomini che devono lavorare ed educare, partecipare alla vita culturale sportiva politica della loro comunità.

Occorre dialogare e co-progettare col mondo della scuola, con l'università per affrontare insieme le problematiche del mondo giovanile, collaborare col mondo dello sport e del tempo libero per promuovere stili di vita sani. E' necessario continuare e approfondire il dialogo e fare sì che il Profilo diventi davvero un esercizio collettivo, condiviso e continuo di confronto.

4.3 Indicazioni per il monitoraggio e la valutazione

- **Esiste il problema, rilevante per il governo dei servizi sociali e socio sanitari, della disponibilità di un sistema informativo adeguato. E' opportuno che un gruppo di lavoro che potrebbe essere l'Ufficio di Supporto, operi una riflessione in questo senso per identificare i temi e gli strumenti di raccolta dei dati ed individuare i luoghi e le responsabilità di raccolta ed elaborazione.**
- **E' necessaria la produzione di un Bilancio Sociale e Sanitario del territorio provinciale ad opera della Conferenza che serva di verifica dei risultati strategici triennali e che sia prodromico alla formulazione del nuovo Profilo e del conseguente atto di indirizzo.**

Il monitoraggio e la valutazione dei piani di lavoro così come dei risultati da essi raggiunti sono strumenti fondamentali per una razionale programmazione del lavoro e per una doverosa rendicontazione, in termini non solo economici, di quanto fatto. A questo scopo i Bilanci di Missione delle due Aziende Sanitarie, predisposti annualmente, forniscono un esempio di reportistica basata su indicatori ricavati dai sistemi informativi regionali o dai sistemi informativi propri di ogni struttura che eroga prestazioni. I primi, in particolare, sono elaborati direttamente dalla Regione, che ha provveduto già in passato a emanare regole stringenti per la loro implementazione.

A differenza di quanto accade per i servizi sanitari, i servizi sociali e quelli socio-sanitari non dispongono se non parzialmente di un sistema di rilevazione dati caratterizzato da univocità di definizione e di modalità di raccolta, benché il sistema sia presente e potenzialmente ricco di informazioni. Poiché la disponibilità di dati affidabili e confrontabili è premessa indispensabile per il monitoraggio e la valutazione degli interventi effettuati così come per la programmazione dei nuovi, occorre lavorare per migliorare la qualità del sistema esistente ed, eventualmente, per integrarlo con nuovi flussi informativi.

A tale fine l'Ufficio di Supporto, con la possibile integrazione di competenze esterne, è incaricato di mettere a punto le proposte relative all'individuazione dei temi da affrontare prioritariamente, alla stesura puntuale delle definizioni di tutti i termini utili alla raccolta dei dati, all'individuazione della/delle strutture responsabili della raccolta e dell'elaborazione dei dati prodotti.

Accanto a questo lavoro di raccordo, finalizzato a consentire una lettura comparata dei report prodotti da ogni Distretto, e quindi una programmazione più consapevole e armonizzata a livello territoriale e provinciale, occorre avviare un percorso per il monitoraggio dei numerosi progetti territoriali, avviati su temi diversi, con tempi e modalità differenti. La finalità di tale lavoro è innanzi tutto la creazione di un repertorio di esperienze, non tutte e non sempre perfettamente note a tutti gli addetti ai lavori, utile a ottimizzare il lavoro di ciascun soggetto. Gli strumenti per questo monitoraggio non potranno, almeno in una prima fase, essere strutturati con lo stesso livello di formalizzazione del sistema di rilevazione a cui si riferisce il paragrafo precedente, ma dovranno tuttavia tendere a costruire un'immagine oggettiva di quanto fatto, accanto a possibili valutazioni soggettive, utili a caratterizzare da un punto di vista qualitativo le iniziative effettuate.

La predisposizione di questi strumenti è il passo prodromico alla stesura periodica di un Bilancio Sociale e Sanitario, a cura della Conferenza, in cui siano esposti dati e riflessioni su quanto fatto, insieme con progetti futuri. Il Bilancio sarà tanto più efficace quanto più, nel periodo che ci

attende, saremo capaci di costruire strumenti e modalità di rilevazione sensibili, tesi a rilevare con precisione e accuratezza i dati, ma soprattutto il senso di quanto andremo facendo.

Un primo utile esercizio potrà altresì essere, sempre in capo all'Ufficio, quello di definire una matrice di valutazione che consenta di esaminare, una volta prodotti ed approvati, i Piani Distrettuali e quelli delle Aziende e della Provincia per individuare, già in questa fase, le linee di coerenza, le peculiarità e il rispetto delle indicazioni contenute in questo Atto di Indirizzo.