

Conferenza territoriale sociale e sanitaria di Bologna
Giunta ex CTSS del Nuovo Circondario di Imola



ATTO DI INDIRIZZO e coordinamento triennale

2009 - 2011

Atto di indirizzo e coordinamento triennale 2009 -2011

**Conferenza territoriale sociale e sanitaria di Bologna
Giunta ex CTSS del Nuovo Circondario di Imola**

Novembre 2008

Hanno collaborato alla stesura dell'Atto di indirizzo e al coordinamento dei gruppi di lavoro:

Ufficio di supporto della CTSS di Bologna

Anna Del Mugnaio (Responsabile)

Patrizia Beltrami

Annalisa Carassiti

Simona Ferlini

Elisa Gardella

Chiara Lambertini

Roberto Marega

Fabrizia Paltrinieri

Martina Riolino

Giuliano Sacchi

Drusilla Sangermani

Karen Tolomelli

Antonio Zani

Ufficio di supporto della Giunta ex CTSS del Nuovo Circondario Imolese

Alberto Gasparri (Responsabile)

Servizio politiche sociali e per la salute della Provincia di Bologna

Antonella Lazzari

Rita Paradisi

Maria Cristina Volta

IRESS soc. coop Bologna

Si ringraziano inoltre per la loro collaborazione e per la partecipazione ai gruppi di lavoro:

La Presidenza della Provincia di Bologna, Unità speciale gabinetto della presidenza, e gli assessorati provinciali: Ambiente; Attività produttive; Cultura e pari opportunità; Agricoltura e alimentazione, Mobilità, Istruzione, formazione e lavoro, Pianificazione territoriale, trasporto pubblico e politiche abitative, l'Istituzione Gian Franco Minguzzi.

Gli Uffici di piano dei distretti di: Bologna, S. Lazzaro di Savena, Porretta terme, Casalecchio, Pianura Ovest e Pianura Est.

I Comuni della Provincia di Bologna.

L'Azienda USL di Bologna, l'Azienda USL di Imola, l'Azienda ospedaliera S. Orsola Malpighi, l'IRCCS Rizzoli.

Le ASP Galuppi-Ramponi, Giovanni XXIII, IRIDeS, Laura Rodriguez, Poveri vergognosi, Seneca (ex S. Pertini), Circondario imolese

La Commissione pari opportunità Mosaico. Il Coordinamento pedagogico provinciale. Il Coordinamento accoglienza. Il Coordinamento adozione. Il centro specialistico Il Faro.

Foto: Meridiana Immagini Bologna

Elaborazione grafica a cura di *Antonio Zani*

Comunicazione e relazioni con il Cittadino - Ausl di Bologna

Stampa: Centro Stampa Ausl di Bologna

Sommario

PRESENTAZIONE	p.	5
MAPPA DEI DISTRETTI DELLA PROVINCIA DI BOLOGNA	p.	6
PREMESSA	p.	7
COS'È L'ATTO DI INDIRIZZO	p.	7
STRUTTURA DEL DOCUMENTO	p.	7
METODO DI LAVORO	p.	9
PARTE 1: QUADRO DI RIFERIMENTO	p.	11
1.1 NORMATIVA DI RIFERIMENTO	p.	12
1.2 STATO DELL'ARTE DELLE POLITICHE PER IL BENESSERE SOCIALE E LA SALUTE: UN APPROCCIO INTEGRATO	p.	13
1.3 STATO DELL'ARTE DELLA PROGRAMMAZIONE SOCIALE E SANITARIA	p.	18
1.4 STATO DELL'ARTE E PROSPETTIVE DELLA PROGRAMMAZIONE STRATEGICA DELL'AZIENDA USL DI BOLOGNA	p.	19
PARTE 2: PROFILO DI COMUNITÀ	p.	21
2.1 COME SI STA NEL TERRITORIO PROVINCIALE?	p.	22
2.1.1 Dati di contesto: chi siamo, quanti siamo, come stiamo	p.	22
2.1.2 Dati di contesto: ...fra casa e lavoro	p.	26
2.1.3. 'Clima' comunitario, relazioni sociali e qualità della vita	p.	29
2.2 I BISOGNI COMPLESSI E IL SISTEMA DELL'OFFERTA	p.	32
2.2.1 L'universo "famiglia, bambini, adolescenti": dal quotidiano, all'emergenza, al sistema educativo-formativo	p.	32
2.2.2. Fra auto e non autosufficienza	p.	35
2.2.3. Povertà ed esclusione sociale	p.	37
2.2.4. Immigrazione	p.	38
2.2.5. Salute e servizi sanitari	p.	39
2.3 PER TENTARE UNA SINTESI	p.	41
2.3.1. La qualità della vita: casa e lavoro fra luci e ombre	p.	41
2.3.2. Qualità della vita e benessere: la salute è anche una questione di stile	p.	42
2.3.3. La qualità della vita: le relazioni, la comunità, la sicurezza	p.	43
2.3.4. Risposte vecchie e nuove a bisogni che cambiano	p.	45
PARTE 3: INDIRIZZI E PRIORITÀ STRATEGICHE	p.	49
3.1 PRINCIPI	p.	50
3.2 PRIORITÀ TRASVERSALI	p.	51
Promozione del benessere e prevenzione in tutti i contesti di vita	p.	51
Promuovere un'ottica di genere in tutte le politiche	p.	54
Preservare ed arricchire il "capitale sociale" del nostro territorio	p.	55
Partecipare alla rete Città Sane per la promozione del benessere delle comunità locali	p.	56
Innovazione orientata all'inclusione e alla personalizzazione dei servizi	p.	57
CUP2000 per l'innovazione	p.	58
Integrazione istituzionale, comunitaria, gestionale e professionale	p.	58
Sviluppo e consolidamento di un sistema a rete di relazioni istituzionali a livello distrettuale	p.	59
Valorizzazione delle risorse umane e del lavoro sociale	p.	59
Sportelli sociali per l'accesso al sistema integrato dei servizi	p.	60

3.3	PRIORITÀ PER TARGET DI POPOLAZIONE	p.	61	
	Responsabilità familiari, infanzia e adolescenza	p.	61	
	Giovani	p.	68	
	Immigrati	p.	70	
	Carcere Povertà ed Esclusione	p.	74	
	Anziani	p.	77	
	Disabilità, invalidità e non autosufficienza in età adulta	p.	79	
PARTE 4: INDIRIZZI SPECIFICI PER LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA, IL PAL E IL PIANO STRATEGICO DELL'AZIENDA USL DI BOLOGNA			p.	85
4.1	INDIRIZZI PER IL PIANO STRATEGICO DELL'AZIENDA USL DI BOLOGNA	p.	86	
4.2	PROBLEMATICHE CONNESSE A PARTICOLARI CLASSI DI PATOLOGIE	p.	87	
4.3	INNOVAZIONE ORGANIZZATIVA E TECNOLOGICA	p.	92	
4.4	FORMAZIONE E RICERCA	p.	99	
PARTE 5: SISTEMA DI GOVERNANCE LOCALE			p.	101
5.1	STRUMENTI DI GOVERNO A LIVELLO INTERMEDIO Tavoli tecnici tematici permanenti provinciali	p.	101	
5.2	STRUMENTI DI GOVERNO A LIVELLO DISTRETTUALE	p.	108	
PARTE 6: STRUMENTI PER LA PARTECIPAZIONE			p.	111
6.1	STRUMENTI DI PARTECIPAZIONE E CONFRONTO: INDICAZIONI PER LA REGOLAMENTAZIONE DEI RAPPORTI CON SOGGETTI DEL TERZO SETTORE	p.	112	
6.2	STRUMENTI DI PARTECIPAZIONE E CONFRONTO: INDICAZIONI PER LA REGOLAMENTAZIONE DEI RAPPORTI CON LE ORGANIZZAZIONI SINDACALI	p.	114	
6.3	STRUMENTI DI PARTECIPAZIONE E CONFRONTO: LA RAPPRESENTANZA POLITICA DEI CITTADINI STRANIERI RESIDENTI NEL TERRITORIO PROVINCIALE	p.	115	
PARTE 7: STRUMENTI PER LA PROGRAMMAZIONE			p.	117

Presentazione

L'**Atto di indirizzo e coordinamento** è la cornice comune che garantisce coerenza e integrazione alla programmazione sociale, socio-sanitaria e sanitaria della nostra Provincia.

Esso costituisce il punto di partenza del processo di elaborazione dei Piani di zona distrettuali per la salute e il benessere sociale, definisce gli indirizzi per la programmazione strategica in ambito sanitario, e in generale individua le priorità strategiche da perseguire in modo condiviso e coordinato a livello provinciale.

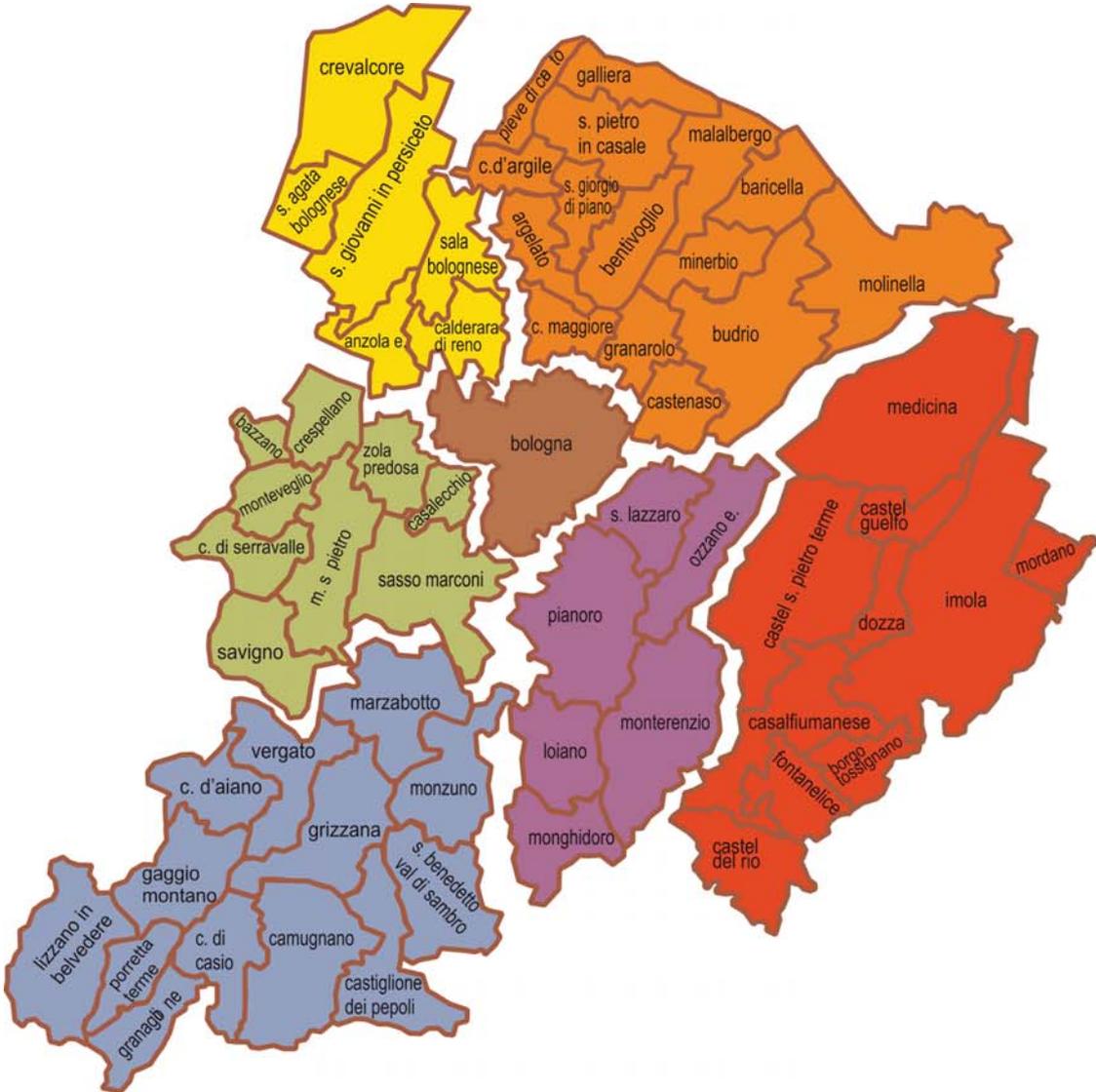
Per scelta della Conferenza territoriale sociale e sanitaria di Bologna e della Giunta ex CTSS del Nuovo Circondario Imolese, questo documento è frutto di un lungo lavoro di analisi e confronto su bisogni comuni e obiettivi condivisi a livello provinciale, sia sul fronte tecnico e operativo, con la partecipazione dei referenti degli Uffici di piano e della Provincia, delle Aziende sanitarie e dei distretti, e delle Aziende di servizi alla persona, che sul fronte politico e della partecipazione delle rappresentanze organizzate dei cittadini, con la presentazione in Giunta, V Commissione Consiliare e Consiglio Provinciale e con il confronto diretto fra la Presidenza della Conferenza territoriale sociale e sanitaria e il Consiglio dei Cittadini stranieri e apolidi e con le rappresentanze organizzate dei cittadini: Associazionismo, Organizzazioni sindacali, III Settore e mondo cooperativo.

Ve lo consegniamo come strumento di lavoro per la cittadinanza di tutta la provincia, perché a tutti i livelli si possa sviluppare una pianificazione condivisa e partecipata, capace di incidere in tutti gli ambiti e i fattori che concorrono a determinare la salute e il benessere delle persone che vivono e lavorano sul territorio della nostra provincia, per realizzare una nuova fase nella costruzione compiuta del nostro sistema di welfare.

Giuliano Barigazzi *Giuseppe Paruolo*
Presidenti Conferenza territoriale
sociale e sanitaria di Bologna

Franco Lorenzi
Presidente Giunta ex CTSS Nuovo
Circondario imolese

MAPPA DEI DISTRETTI DELLA PROVINCIA DI BOLOGNA



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

DISTRETTI

Pianura est
Argelato
Baricella
Bentivoglio
Budrio
Castelmaggiore
Casel D'Argile
Castenaso
Galliera
Granarolo
Malalbergo
Minerbio
Molinella
Pieve di Cento
San Giorgio di Piano
San Pietro in Casale

Pianura ovest
Anzola Emilia
Calderara di Reno
Crevalcore
Sala Bolognese
S. Giovanni in Persiceto
Sant'Agata Bolognese

Bologna città
Bologna

Casalecchio di Reno
Bazzano
Casalecchio di Reno
Castello di Serravalle
Crespellano
Monte San Pietro
Monteveglia
Sasso Marconi
Savigno
Zola Predosa

San Lazzaro di Savena
Loiano
Monghidoro
Monterenzio
Ozzano Emilia
Pianoro
San Lazzaro di Savena

Porretta Terme
Camugnano
Castel d'Aiano
Castel di Casio
Castiglione dei Pepoli
Gaggio Montano
Granagione
Grizzana
Porretta Terme
Lizzano in Belvedere
Marzabotto
Monzuno
San Benedetto Val di Sambro
Vergato

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

DISTRETTO

Imola
Borgo Tossignano
Casalfiumanese
Castel del Rio
Castel Guelfo
Castel San Pietro Terme
Dozza
Fontanelice
Imola
Medicina
Mordano

PREMESSA

Cos'è l'atto di indirizzo

L'Atto di indirizzo e coordinamento triennale costituisce il quadro di riferimento della programmazione territoriale per la salute e il benessere, ed è lo strumento attraverso il quale le Conferenze territoriali sociali e sanitarie esercitano il proprio compito di coordinamento della programmazione distrettuale.

È un *atto di programmazione intermedia*, che assicura il raccordo tra i diversi livelli di programmazione (regionale, provinciale, aziendale e distrettuale), e individua le aree di intervento strategico per target di popolazione e per tematiche trasversali su cui integrare gli interventi sanitari e sociali.

In particolare, come indicato nel PSSR, esso definisce gli indirizzi per:

la programmazione sociale, socio-sanitaria e sanitaria di livello distrettuale

l'individuazione delle priorità strategiche nei *Piani di zona distrettuali per la salute e il benessere sociale*, che sostituiscono i Piani sociali di zona e di cui entrano a far parte anche i Piani per la salute.

gli interventi per la non autosufficienza e l'utilizzo del FRNA

il Piano Attuativo Locale

i programmi formativi e di riqualificazione degli operatori

i programmi provinciali in area sociale

È un *atto di coordinamento della programmazione distrettuale*, che specifica indirizzi e priorità da perseguire in maniera coordinata sul territorio provinciale per garantire un'equa ripartizione delle risorse fra le zone sociali e sanitarie e per promuovere equità e omogeneità di accesso ai servizi da parte di tutti i cittadini, nel rispetto delle specificità distrettuali e delle competenze degli enti coinvolti.

Per quanto attiene al compito di *coordinamento*, esso definisce:

gli obiettivi da raggiungere al fine di realizzare equità, efficacia e riequilibrio territoriale

lo sviluppo di interventi integrati con altre politiche con impatto su salute e benessere, sia tenendo conto degli atti di programmazione relativi a queste politiche sia individuando gli strumenti per il coordinamento e per lo sviluppo di politiche integrate.

le azioni da promuovere in maniera coordinata a livello provinciale (per livello di competenza degli attori istituzionali coinvolti o per un utilizzo più efficiente dei servizi e delle risorse).

Collocandosi in un ruolo di raccordo anche temporale fra la programmazione già realizzata dalla CTSS di Bologna e dal Nuovo circondario imolese, l'Atto di indirizzo assume come sue **parti integranti e allegati sia i documenti di programmazione precedenti (cfr. cap. 1.3, Stato dell'arte) che i documenti che verranno elaborati successivamente sulla base di approfondimenti richiesti nell'Atto di indirizzo stesso.**

Struttura del documento

Parte I – contesto normativo e stato dell'arte

Collocandosi a un livello di programmazione intermedia, l'Atto di indirizzo e coordinamento assume i contenuti nelle direttive regionali, in particolare nel Piano sociale e sanitario regionale e li specifica in relazione al territorio di riferimento (cap. 1.1)

L'Atto viene elaborato in forma coordinata con le politiche che hanno impatto su salute e benessere, pertanto tiene conto nella sua elaborazione dei principali atti di programmazione relativi alla pianificazione territoriale, alla casa e ai trasporti, alla scuola, al lavoro e alla formazione professionale, alla sicurezza sulla strada e sul lavoro, all'integrazione lavorativa e scolastica dei disabili, alle pari opportunità (cap. 1.2)

Esso assume (come *allegati* e propria parte integrante) i principali atti di programmazione e indirizzo già approvati dalla CTSS BO e dalla Giunta Imolese (cap. 1.3)

Parte II – profilo di comunità

All'interno dell'Atto di indirizzo è inserita una sintesi del **Profilo di comunità**, che nella sua interezza viene pubblicato a parte come *allegato* e parte integrante del documento. Il Profilo di comunità evidenzia le criticità di salute e benessere sociale, e rappresenta il quadro conoscitivo di riferimento per la programmazione sociale, socio-sanitaria e sanitaria sia a livello aziendale che distrettuale.

Esso ricomprende e valorizza l'esperienza dei Piani per la salute sia per quanto riguarda la rilevazione delle condizioni di salute e benessere sociale che per quanto riguarda l'individuazione dei determinanti che incidono sulla salute.

Parte III – indirizzi per le politiche sociali, sanitarie e sociosanitarie

L'Atto di indirizzo viene elaborato in un'ottica di **ricomposizione degli obiettivi di benessere e di salute**, ponendo al centro i bisogni della persona. Pertanto, si utilizza prioritariamente un approccio basato su **popolazioni target** individuate come portatrici di bisogni comuni, come ad esempio i minori, gli anziani, gli immigrati, i disabili o i portatori di particolari patologie. Le indicazioni relative a queste popolazioni tendono a ricomprendere tutti gli atti di programmazione correlati, come i Piani di zona per la salute e il benessere sociale, il PAL, il FRNA (cap. 3.2).

Successivamente si affrontano le **tematiche trasversali** a tutta la popolazione, come ad esempio quelle riguardanti le modalità organizzative dei servizi o l'innovazione (cap. 3.3).

Parte IV – indirizzi specifici per la programmazione sanitaria, il PAL e il Piano strategico decennale dell'Azienda USL di Bologna

Ai fini della programmazione delle quattro Aziende sanitarie di riferimento (Az. USL di Bologna, Az. USL di Imola, Az. Osp. di Bologna, IOR), e in particolare ai fini dell'elaborazione del Piano strategico dell'Azienda USL di Bologna, in questo capitolo vengono messe in rilievo, fra le priorità già evidenziate nei capitoli precedenti, quelle per le quali si richiede un particolare impegno alle Aziende sanitarie, sia perché si tratta di priorità connesse a bisogni specificamente legati alla salute sia perché connesse a sviluppi organizzativi richiesti al sistema sanitario provinciale, fermi però restando l'obiettivo dell'integrazione, il carattere allo stesso tempo sociale e sanitario dell'Atto di indirizzo, e il carattere di rete del sistema sanitario della nostra provincia, che deve essere ribadito.

Parti V e VI – Sistema della governance e strumenti per la partecipazione

L'Atto di indirizzo si colloca al punto di partenza di una nuova fase della programmazione sociale e sanitaria, nella quale assumono ancora maggior importanza rispetto al passato gli obiettivi dell'integrazione e della collaborazione fra i diversi soggetti che contribuiscono alla salute e al benessere sociale dei cittadini.

Pertanto, esso non intende collocarsi al di sopra della pianificazione zonale, ma affiancarla mettendo in evidenza, sulla base delle valutazioni emerse dai tavoli di programmazione locali, le criticità comuni e gli obiettivi condivisi da raggiungere. Di conseguenza, esso accompagna temporalmente l'elaborazione dei Piani di zona per il benessere e la salute, i cui tavoli di concertazione vengono avviati contestualmente ai tavoli provinciali per l'elaborazione dell'Atto di indirizzo.

Così come è parte integrante dell'Atto il lavoro di programmazione e coordinamento già svolto negli anni precedenti dalla CTSS di Bologna e dalla Giunta del Nuovo circondario imolese, dunque, ne sono parte integrante gli strumenti per la programmazione futura, e in particolare:

la struttura della **governance** locale

gli strumenti di coordinamento istituzionale esistenti o istituiti con l'Atto di indirizzo: accordi e protocolli, gruppi di lavoro e tavoli di coordinamento di livello aziendale o provinciale da confermare o da istituire

gli strumenti per la partecipazione

Parte VII – Strumenti per la programmazione

Infine, anche sulla base delle indicazioni che verranno successivamente emanate dalla Regione, l'Atto individua tempi e modi per la definizione di un sistema di reportistica correlato alla pianificazione avviata (soggetti coinvolti, tipologie di report, tempistica), e definisce l'attivazione di tavoli di livello provinciale per monitorare la coerenza della programmazione con gli indirizzi contenuti nell'Atto di indirizzo stesso (cap. 6).

Metodo di lavoro

Come già detto, l'Atto di indirizzo non si colloca al di sopra della pianificazione zonale, ma la affianca mettendo in evidenza, le criticità comuni e gli obiettivi condivisi da raggiungere. Di conseguenza, esso viene **elaborato contestualmente ai Piani di zona per il benessere e la salute**.

Il presente documento è frutto di un lavoro fortemente integrato e partecipato tra ufficio di supporto alla CTSS di Bologna, Ufficio di piano/ di supporto alla Giunta ex CTSS del Nuovo circondario imolese, Provincia di Bologna, AUSL di Bologna, AUSL di Imola, Comune di Bologna, Uffici di piano, Distretti sanitari.

L'integrazione si è articolata a vari livelli: nella condivisione dell'impostazione del lavoro; nei gruppi di lavoro per la definizione degli indirizzi; nella realizzazione del profilo di comunità; nella stretta interconnessione e confronto tra ufficio di supporto e AUSL nelle sue diverse articolazioni.

L'approccio integrato alle politiche sociali, sociosanitarie e sanitarie è stato agevolato in particolare dalla scelta, operata dalla CTSS, di potenziare l'Ufficio di supporto tecnico e garantire al suo interno la presenza di tutte le professionalità necessarie.

L'integrazione interistituzionale e intersettoriale è una metodologia di lavoro già fortemente sperimentata in varie forme ed occasioni, ma nella definizione del presente atto di indirizzo e coordinamento triennale, la necessità di semplificare gli strumenti di programmazione ha portato a rinnovare l'impegno verso una integrazione agita sin dalle prime fasi di elaborazione dei materiali.

Il documento, nelle sue diverse stesure, è stato periodicamente condiviso e integrato con gli apporti dell'Ufficio di presidenza della CTSS, della Giunta del circondario Imolese e dello Staff tecnico permanente.

Si è inoltre realizzato nel corso di tutto il processo un confronto diretto con i direttori sanitari delle Aziende Ospedaliere e della AUSL di Bologna e con i direttori di distretto, al fine di condividere l'impostazione ed i contenuti specifici del presente documento.

Nello specifico gli indirizzi e le priorità strategiche per target di popolazione sono stati definiti attraverso gruppi di lavoro tematici: - minori, immigrazione, contrasto alla esclusione sociale, disabilità, anziani - a composizione mista: enti locali, Aziende USL, Aziende di servizi alla persona e Amministrazione Provinciale (istruzione, formazione professionale, politiche attive del lavoro, attività culturali, politiche per la pace, attività produttive, pianificazione territoriale...).

I gruppi tematici per target di popolazione, coordinati da funzionari della Provincia di Bologna, si sono incontrati per un totale di 13 incontri.

Il gruppo che ha lavorato alla realizzazione del Profilo di comunità si è avvalso della collaborazione di AUSL Bologna, AUSL Imola, Comune di Bologna, Provincia di Bologna, Nuovo circondario imolese, e del supporto tecnico della società IRESS in particolare per la stesura del terzo capitolo.



Parte I

Quadro di riferimento

1.1 - Normativa di riferimento

I riferimenti che vengono forniti in questo capitolo hanno l'obiettivo di non limitarsi ad una mera elencazione o all'esemplificazione di eventuali vincoli ed obblighi giuridici dei diversi soggetti – pubblici e privati - interessati, bensì rafforzare la consapevolezza che la programmazione rappresenta una delle funzioni strategiche del sistema pubblico sanitario e sociale e che, ad essa, spetta il compito di intercettare i nuovi e diversi bisogni dei cittadini.

Un'indicazione delle norme quindi, vista attraverso la ricerca dei principi ispiratori comuni evitando di correre il rischio di costruire un documento giuridico-amministrativo anziché, come auspicato, uno strumento snello, sufficientemente operativo e soprattutto propeudeutico alla stesura dei prossimi **Piani di Zona Distrettuali per la salute ed il benessere sociale**.

Inoltre si vuole rafforzare l'opinione, unanimemente condivisa, che trova in una serie di leggi della Regione Emilia-Romagna e negli atti amministrativi conseguenti un filo conduttore, una unica matrice nei principi ispiratori, tutti orientati all'inderogabile necessità di realizzare un sistema di interventi in campo sociale e sanitario che passa attraverso un modello di programmazione integrata.

La **Legge Regionale n°2 del 12.03.2003** ad oggetto "*Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*" (c.d. riforma del welfare regionale) in diversi articoli riconosce la centralità delle comunità locali e la partecipazione attiva dei cittadini attraverso un costante processo di concertazione ed introduce, quale strumento di programmazione, il Piano Regionale degli interventi e servizi sociali integrato con il Piano Sanitario regionale.

Per il livello distrettuale in tale norma, infine, è prevista la definizione del Piano di Zona triennale che definisce, all'interno del quadro dettato dalla Regione, gli obiettivi e le priorità di intervento, inclusi gli interventi socio-sanitari.

La **Legge Regionale n°29 del 23 Dicembre 2004** ad oggetto "*Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del Servizio sanitario regionale*" consolida i principi contenuti nella L.R. n°19/1994 ed in materia di programmazione, definisce le modalità di raccordo tra la programmazione regionale e la programmazione attuativa locale rafforzando il ruolo degli Enti Locali che sono chiamati, attraverso le Conferenze territoriali Sociali e Sanitarie a partecipare alla programmazione delle attività e alla verifica dei risultati di salute.

E' prevista inoltre in modo inequivocabile l'integrazione tra le diverse forme di assistenza sanitaria e l'assistenza sanitaria e quella sociale, in coerenza con la citata L.R. n°2/2003. Sulla base delle direttrici fissate dalle citate normative la Giunta Regionale ha approvato, in particolare nel corso dell'anno 2007, una serie di atti amministrativi con l'obiettivo di regolare, da un lato la specifica materia oggetto dell'atto stesso, dall'altro consolidare il processo finalizzato a raggiungere un modello di programmazione sociale e sanitaria integrata.

Già la **D.G.R. n°321/2000**, nelle Linee guida per la realizzazione dei Piani per la salute, conferma l'approccio all'analisi dei problemi di salute dei cittadini sotto il profilo multidisciplinare e dà rilievo alla stretta correlazione tra disagio sociale e condizioni di salute; approccio che trova conferma nei vari Piani Sanitari Regionali dall'anno 1999 all'ultimo Piano approvato per il periodo 2008-2010 dove si evidenzia che l'Atto di Indirizzo e Coordinamento deve ricomprendere e valorizzare l'esperienza dei Piani per la Salute con particolare riguardo alle condizioni di salute ed al benessere sociale della popolazione.

Va infine ricordato un tassello fondamentale del sistema di finanziamento e programmazione sanitaria e sociale della Regione Emilia-Romagna ossia l'istituzione, con l'**art. 51 della L.R. n°27/2004**, del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza.

Le deliberazioni della Giunta Regionale attuative (**vedasi D.G.R. n°509/2007 e n°1206/2007**) non si limitano a quantificare e ripartire risorse finanziarie o fissare tipologie di intervento e criteri di gestione operativa bensì confermano, in assoluta coerenza con l'orientamento regionale, la necessità di una programmazione integrata degli interventi sociali, socio-sanitari e sanitari di livello distrettuale definendo *“la realizzazione del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (F.R.N.A.) una delle azioni strategiche per la costruzione del sistema regionale integrato dei servizi sociali e sanitari con carattere di universalità, fondato sui principi di cooperazione e promozione della cittadinanza sociale, finalizzato ad assicurare il pieno rispetto dei diritti ed il sostegno della responsabilità delle persone, della famiglia e delle formazioni sociali”*.

Non a caso le risorse del Fondo regionale per la non autosufficienza, derivanti dal Fondo sanitario regionale, sono strettamente correlate alle risorse sociali che Comuni ed gli altri soggetti pubblici e privati mettono a disposizione ed anche a quelle del Fondo Sanitario Regionale con l'inderogabile impegno di tutti gli Enti coinvolti di non operare riduzioni.

Nel Programma annuale degli interventi del F.R.N.A. di livello distrettuale, che rappresenta l'ambito di integrazione per eccellenza, dovranno quindi essere specificati gli interventi di livello distrettuale in area sociale, socio-sanitaria e sanitaria in coerenza con gli orientamenti espressi nell'Atto di indirizzo e Coordinamento.

Una normativa di riferimento, quindi, che risulta espressamente richiamata nei capitoli che seguono con riferimento alle diverse aree e che si caratterizza con il comune denominatore dell'integrazione tra le diverse tipologie di intervento come costante operativa degli atti di programmazione che verranno sviluppati nel prossimo triennio.

1.2 - Stato dell'arte delle politiche per il benessere sociale e la salute: un approccio integrato

L'Atto viene elaborato in forma coordinata con le politiche che hanno impatto su salute e benessere, pertanto tiene conto nella sua elaborazione dei principali atti di programmazione relativi alla pianificazione territoriale, alla casa e ai trasporti, alla scuola, al lavoro e alla formazione professionale, alla sicurezza sulla strada e sul lavoro, all'integrazione lavorativa e scolastica dei disabili, alle pari opportunità.

Il primo Piano sociale e sanitario regionale propone al sistema degli Enti locali e all'insieme dei soggetti pubblici e privati che agiscono sul territorio un approccio integrato per lo sviluppo di politiche per il benessere sociale e la salute dei cittadini e delle cittadine. Salute e benessere non sono “questioni” che riguardano in modo esclusivo la politica sanitaria e neppure, solo, le tradizionali politiche assistenziali.

La necessità di integrazione deriva essenzialmente dalla natura complessa e multidimensionale dei bisogni di salute e di sicurezza sociale della popolazione. La salute e lo stare bene di una comunità dipendono sempre di più dalle condizioni sociali ed economiche di un territorio, dai livelli di istruzione, dalle possibilità di accesso alla casa e al lavoro, alla mobilità, e all'insieme delle opportunità culturali, ricreative, associative che offre il contesto.

Attraverso un approccio integrato alle politiche di welfare è possibile affermare una visione “attiva” e promozionale, anziché curativa dei mali sociali, che si concretizza in processi di rafforzamento delle competenze e delle capacità dei singoli e della comunità di accedere alle risorse di un territorio e di attivarle. Politiche attive ridisegnano in modo so-

stanziale la domanda e l'offerta di servizi di un territorio. La coesione sociale come obiettivo guida delle politiche porta e ridefinire la domanda come diritto alla cura che le istituzioni sono chiamate a interpretare in chiave di standard di qualità di vita da garantire a tutti i cittadini, superando gli squilibri territoriali, le disuguaglianze sociali, le differenze di genere.

L'integrazione delle politiche viene proposta come imperativo dall'Unione Europea.

Si ritiene, infatti, che solo politiche integrate possano raggiungere obiettivi complessi specie nel campo delle politiche per il welfare.

Nel nostro paese e nel nostro territorio si è assistito a processi di differenziazione e di specializzazione nell'ambito delle politiche di welfare, accompagnati da un profondo riassetto delle competenze istituzionali e di decentramento. Gli attori istituzionali e sociali che esercitano "responsabilità" nel campo delle politiche per il benessere si sono moltiplicati e così pure si sono qualificati e migliorati gli interventi e le metodologie. Alla funzione pubblica di programmazione e di gestione delle politiche si è via via "aggiunta" la presenza di nuovi soggetti privati, del privato sociale, dell'associazionismo, della società civile che hanno partecipato attivamente sia alla programmazione sia alla realizzazione della rete dei servizi e delle opportunità.

La differenziazione, lo specialismo, il decentramento delle responsabilità sono di per sé processi "buoni" ma che possono produrre frammentazione, sovrapposizioni e disuguaglianze come anche diseconomicità nel sistema. **Costruire un nuovo "network"** che regoli e integri competenze e risorse senza perdere specificità e qualità è dunque una condizione importante per la realizzazione di un sistema di welfare equo, accessibile e sostenibile sul territorio. Il processo riformatore che abbiamo alle spalle ha consolidato le funzioni della Provincia come ente di programmazione delle politiche di Area vasta.

Il senso complessivo delle trasformazioni intervenute, viste secondo una logica politica e sociale, può essere sintetizzato in un concetto abbastanza semplice: **la Provincia coordina e dirige il progetto di sviluppo economico e sociale** del proprio territorio e della propria comunità. La Provincia di Bologna in questi anni ha inteso svolgere a pieno titolo questo mandato, proponendosi, al di là delle stesse competenze specifiche affidate nel campo delle politiche di pianificazione territoriale, trasporti, istruzione e formazione, sanità e politiche sociali, come promotore di processi di condivisione e concertazione istituzionale e sociale. La Provincia è dunque stata ente intermedio, riconosciuto dai Comuni come sede di sintesi e condivisione di obiettivi di sviluppo locale, in un'ottica di riequilibrio territoriale e cooperazione interistituzionale. E' un percorso che prende il via dalla costituzione nel 1994 in forma volontaria, della "**Conferenza metropolitana**", a cui hanno aderito tutti i sindaci del nostro territorio, presieduta dalla Presidente della Provincia. Questa sede di coordinamento ha consentito l'adozione in forma condivisa dei principali strumenti della pianificazione territoriale e sociale sul nostro territorio, valorizzando le competenze dei Comuni anche attraverso la promozione di forme associative tra gli stessi per l'esercizio di funzioni e l'erogazione di servizi su scala sovracomunale. La concertazione istituzionale ha altresì favorito la promozione di processi di partecipazione della società civile alla programmazione territoriale che si è concretizzata attraverso la formalizzazione di tavoli, accordi, patti, che hanno accompagnato tutti i processi più importanti di pianificazione e hanno determinato visioni strategiche comuni dell'intera comunità sui principali obiettivi di sviluppo e benessere per il nostro territorio.

E' dunque a partire da questa esperienza e da questa funzione "guadagnata" sul campo e attraverso scelte strategiche importanti che la Provincia, con tutti i Comuni del territorio bolognese, si presenta attrezzata alla sfida dell'integrazione che viene proposta dal Piano sanitario della regione Emilia Romagna.

I principali obiettivi da perseguire nel prossimo triennio per favorire l'integrazione delle politiche sono così sintetizzabili:

1) Raccordo tra le sedi della Governance.

La pre-condizione per l'armonizzazione e integrazione dei principali strumenti di programmazione per lo sviluppo economico e sociale del territorio è che si realizzi un reale

raccordo strategico e operativo tra le sedi della governance a cui sono affidati i diversi processi di pianificazione. La normativa regionale da una parte e la prassi concertativa propria del nostro territorio dall'altra hanno infatti consolidato luoghi e processi interistituzionali specifici finalizzati alla definizione di scelte strategiche e Atti di programmazione. Occorre dunque che sedi e processi si intersechino, dando luogo a una lettura condivisa dello "stato" del nostro territorio, dei bisogni e delle risorse esistenti e coordinando in un disegno strategico comune le scelte prioritarie. Il raccordo deve avvenire su scala provinciale tra la Conferenza metropolitana dei sindaci, la CTSS, la Conferenza provinciale di coordinamento per le politiche di istruzione, formazione e lavoro, ma anche su scala subprovinciale tra i Comitati di distretto, le Conferenze territoriali per il miglioramento dell'offerta formativa, i Tavoli del Welfare e i tavoli tematici dei Piani di Zona, le Conferenze territoriali per la pianificazione territoriale, urbanistica e della mobilità. Contestualmente occorre promuovere un processo di consolidamento e di semplificazione dei luoghi della partecipazione (che integrino i diversi strumenti esistenti) dando vita a *tavoli permanenti di confronto* con le organizzazioni sindacali ed economiche, il terzo settore, le associazioni, le rappresentanze degli utenti, proponendosi agende di lavoro integrate che producano orientamenti condivisi da porre alla base di tutti i processi di pianificazione che attengono allo sviluppo economico ed al benessere del territorio.

2) Raccordo tra gli strumenti di lettura e analisi delle situazione socio-economica del territorio.

La seconda preconditione per l'integrazione è la realizzazione di un sistema condiviso di lettura dei principali dati relativi alla situazione demografica, sociale, economica del nostro territorio, all'offerta dei servizi, la localizzazione delle infrastrutture, l'analisi dei bisogni e della domanda. La costruzione di basi conoscitive comuni e chiavi di lettura condivise è essenziale per determinare scelte strategiche integrate in grado di "accumulare" e moltiplicare l'impatto delle singole politiche sull'intera comunità. La realizzazione di un primo "Profilo di comunità" che sta alla base di questi Indirizzi triennali e che raccoglie contributi informativi diversi e presenta un primo "quadro interpretativo" dello stato di benessere del nostro territorio è un punto di arrivo molto importante. Nel prossimo triennio ci proponiamo di aggiornare e integrare ulteriormente questo strumento promuovendo il raccordo con altre banche dati e una lettura più ampia e condivisa dei fenomeni più rilevanti.

3) Raccordo tra le politiche. Individuiamo in questa sede gli snodi strategici dell'integrazione tra politiche sociali, sanitarie e altre politiche territoriali che dovranno vedere impegnata prioritariamente la governance provinciale. Il campo della conoscenza , dell'istruzione e della formazione lungo tutto l'arco della vita

Accrescere i livelli di istruzione e di accesso al sapere e alle competenze professionali utili per l'inserimento al lavoro è condizione essenziale per il conseguimento di condizioni di benessere sociale. L'esclusione dai processi formativi di bambini e bambine, l'abbandono scolastico, la impossibilità di accedere alla formazione permanente sono tra le cause più significative di esclusione sociale e di disagio. Le politiche di welfare devono dunque assumere come prioritario l'obiettivo del diritto all'istruzione fino a 16 anni, del successo scolastico e formativo, dell'integrazione scolastica e formativa delle categorie più deboli, rimuovendo gli ostacoli che tuttora sussistono. Nell'ottica della costruzione di politiche integrate occorre pertanto fare convergere, in particolare nel nostro territorio, tutte le azioni verso alcuni obiettivi prioritari.

- l'incremento dell'accesso al nido e alla scuola dell'infanzia
la programmazione di un'offerta formativa equilibrata, distribuita sul territorio accessibile e programmata secondo i diversi bisogni e possibilità di apprendimento.
- Il monitoraggio e la prevenzione dei fenomeni di abbandono e di insuccesso scolastico spesso connessi a situazioni di disagio che si determinano fuori e dentro i contesti scolastici e formativi
- La piena integrazione scolastica per e la promozione di una didattica interculturale che favorisca l'apprendimento di bambini e bambine provenienti da altri paesi.

- L'applicazione della Legge 104 per l'inserimento scolastico dei disabili
- La promozione dell'orientamento scolastico e professionale come "servizio" che accompagna e sostiene nelle scelte e nelle situazioni di criticità
- La costruzione di un vero sistema di educazione permanente che consenta a ciascuno, nell'arco della propria vita, di riprendere il percorso scolastico e formativo, di conseguire un titolo di studio o una qualifica professionale potendo vedere riconosciute le competenze acquisite nella vita e nel lavoro.
- Promuovere la sicurezza nei luoghi di lavoro, anche attraverso specifiche iniziative di formazione per i lavoratori immigrati e iniziative di educazione stradale degli adulti sui luoghi di lavoro, considerata la quota rilevante, fra gli incidenti sul lavoro, degli incidenti in itinere.

Le politiche dell'occupazione

L'obiettivo della buona e piena occupazione è centrale nelle politiche di welfare. L'accesso al lavoro e al reddito, la sicurezza della continuità nella propria condizione di lavoratore/lavoratrice occupata, il lavorare in contesti sicuri per la salute fisica e psicologia rappresentano fattori di benessere, di empowerment individuale e contribuiscono alla crescita e alla riproduzione sociale del territorio

Nel nostro contesto territoriale, nel quale i livelli di occupazione hanno già raggiunto livelli "ottimali" sia per le donne sia per gli uomini, le politiche per il lavoro si sostanziano essenzialmente come politiche per favorire l'accesso all'occupazione delle fasce più deboli, per contrastare i fenomeni di precarizzazione, sostenere i processi di "uscita" dalla disoccupazione per donne e uomini adulti, per promuovere equità di trattamento tra donne e uomini, potenziare gli interventi che favoriscono la redistribuzione del lavoro di cura.

Nell'ottica della promozione di politiche integrate è dunque prioritario fare convergere tutte le azioni verso alcuni obiettivi prioritari:

- il potenziamento delle misure per l'inserimento al lavoro delle categorie svantaggiate, nell'ottica di un ampliamento delle tipologie di utenti destinatari, della personalizzazione dell'intervento, della unitarietà e continuità dei servizi che accompagnano la vita delle persone dall'adolescenza all'età adulta: servizi educativi e sociali, centri per l'impiego. Particolare rilevanza va assegnata al tema della "presa in carico" attraverso l'integrazione tra Sportelli sociali e servizi per l'impiego.
- Il rafforzamento degli interventi di formazione, orientamento, supporto a favore di quelle categorie di lavoratori e lavoratrici più esposti al rischio della disoccupazione perché con contratti caratterizzati da forte precarietà e destrutturazione.

Le politiche di genere

La promozione di politiche integrate per il benessere e la salute della popolazione deve avere al centro un approccio in grado di valutare l'impatto delle scelte strategiche e delle azioni intraprese sulla differenza di genere, per garantire che donne e uomini traggano gli stessi vantaggi e che venga favorita la rimozione di condizioni di discriminazione e di svantaggio. L'avvio di sperimentazioni di " Bilanci di genere" negli Enti locali e nelle aziende pubbliche che erogano servizi sociali, sanitari, educativi rivolti a tutta la popolazione va sostenuta e valorizzata proprio per gli effetti positivi che può avere in questa direzione. Naturalmente è essenziale che sistematicamente la lettura delle condizioni socio-sanitarie, occupazionali, di qualità della vita del nostro territorio venga effettuata mettendo in evidenza i differenziali esistenti tra donne e uomini, così come le differenti esigenze, i bisogni espressi, le diverse potenzialità. Politiche e interventi differenziati vanno messi in atto sia per rimuovere le disuguaglianze, sia per favorire il protagonismo del capitale sociale femminile nella nostra società.

Le politiche per l'ambiente

Il rapporto con l'ambiente è una delle determinanti fondamentali dello stato di salute della popolazione. E' necessario ampliare le conoscenze su quali sono gli elementi da tenere sotto osservazione, quali i fattori che influiscono o che sono destinati a influenzare, nel tempo, la salute di una determinata popolazione. Ed è solo dall'incrocio di dati ambientali, territoriali, urbanistici, epidemiologici, nonché sociali, demografici ed economici che questa lettura può avvenire. Le politiche ambientali, intese nella loro accezione più ampia, sono dunque, forse, il terreno più rilevante di incrocio di diverse politiche settoriali. Anche in questo campo si individuano le principali priorità di "governo integrato" su cui orientare gli interventi:

- potenziare le azioni per la prevenzione delle malattie attraverso la promozione di comportamenti e stili di vita appropriati, l'educazione alimentare, il consumo consapevole;
- promuovere una mobilità sicura, a partire dall'educazione stradale nelle scuole, dal rafforzamento del trasporto pubblico e delle politiche per la sicurezza sulla strada degli utenti deboli, come previsto dal Piano provinciale per la sicurezza stradale;
- migliorare la qualità dell'aria, attraverso una mobilità sostenibile, in cui siano rafforzati il trasporto pubblico e l'utilizzo sicuro di mezzi non inquinanti, come previsto dal Piano generale per la qualità dell'aria.

Le politiche urbanistiche, abitative, della mobilità

Le scelte strategiche per lo sviluppo della rete dei servizi sanitari e sociali vanno collocate all'interno della più complessiva Programmazione territoriale comunale. In particolare si intende fare riferimento alla rete dei servizi sanitari che sta orientando il proprio sviluppo sia verso una più forte cooperazione tra ospedali sia verso il potenziamento della rete delle cure ambulatoriali e di base, dunque extraospedaliere. Tale orientamento, condiviso a livello europeo e internazionale corrisponde alla necessità di portare le cure e i servizi per la salute il più vicino possibile al domicilio e al contesto sociale dei cittadini. Per fare tutto ciò occorre che la programmazione territoriale si integri pienamente con quella sanitaria.

Il Piano Territoriale di Coordinamento Provinciale ha assunto come preconditione rispetto alle scelte di sviluppo del territorio la dotazione dei servizi anche di carattere sociosanitario esistenti e di nuova previsione ed a cascata tali condizioni, attraverso la promozione dei Piani strutturali comunali in forma associata, verranno assunte dagli strumenti di pianificazione territoriale di livello comunale in un quadro di coordinamento generale che il Comitato Interistituzionale per l'elaborazione dei PSC ha assunto come obiettivo prioritario.

E' in questo contesto che vanno anche collocate le scelte strategiche in materia di mobilità: occorre naturalmente che tali scelte siano orientate a rendere massimamente accessibili da parte dei cittadini tutte le strutture sociali e sanitarie del territorio. Tuttavia il tema del diritto alla mobilità va assunto come prioritario nella promozione di politiche integrate per il benessere e la salute: preconditioni affinché siano esigibili il diritto all'istruzione, al lavoro, alla cura, all'accesso a qualsiasi prestazione sociale e sanitarie. Ciò riguarda tutta la popolazione, ma in modo particolare le categorie svantaggiate, disabili, anziani ai quali va assicurato un trasporto pubblico privo di barriere e fruibile e trasporti speciali e individualizzati qualora si rendano necessari per l'esigibilità dei diritti fondamentali.

Nel contesto della programmazione territoriale si collocano infine le politiche per la casa che rappresentano anch'esse un punto cruciale per l'integrazione con le politiche sociali e della salute.

In questo ambito si sottolineano alcune priorità per la programmazione integrata:

- la casa rappresenta un tassello decisivo nella promozione dell'autonomia delle fasce più fragili della popolazione: disabili, anziani, categorie svantaggiate, ma il problema della casa in affitto sta diventando sempre di più un punto di sofferenza per le famiglie medie

- che hanno redditi tali da non potere ottenere risposte dall'Edilizia residenziale pubblica ma nello stesso tempo non sono in grado di sostenere i canoni di locazione del libero mercato né tanto meno hanno capacità reddituali da potere sostenere i ratei di mutui per l'acquisto. Tale situazione è stata ulteriormente aggravata dall'attuale situazione di crisi finanziaria con il risultato che sono in crescita le famiglie che non riescono a pagare con regolarità i ratei di mutuo, accesi con tassi variabili, e che rischiano di vedere messa all'asta l'abitazione in proprietà;
- il livello di risposta che il sistema degli Enti pubblici credibilmente è in grado di mettere in campo per le famiglie medie è legata all'attuazione dei nuovi strumenti urbanistici comunali i quali, attraverso la perequazione urbanistica, danno la possibilità di acquisire aree edificabili con le quali potere attivare politiche di investimento che vedono la partecipazione anche di risorse private finalizzate a realizzare alloggi di edilizia residenziale sociale con canone di locazione cosiddetto "concordato", che permette – a fronte di vantaggi fiscali per la proprietà – di avere abbattimenti dei canoni di locazione dell'ordine del 30 % rispetto a quelli di mercato;
 - una specifica iniziativa del sistema degli Enti locali bolognesi fa riferimento all'implementazione dell'Agenzia Metropolitana per l'Affitto, cui aderiscono la Provincia ed il Comune di Bologna oltre a 33 Comuni dell'area metropolitana bolognese, alle associazioni della proprietà edilizia, ai sindacati degli inquilini ed alla CNA, che è diventata operativa a partire dal novembre 2007 ed alla quale le Fondazioni bancarie hanno deciso di contribuire per i primi tre anni di sperimentazione cofinanziando il fondo di garanzia a copertura dei rischi di morosità e delle spese legali per i proprietari immobiliari che conferiscono i propri alloggi.

La problematica della casa in affitto è uno degli argomenti contenuti nel Verbale di Accordo tra le Conferenza Metropolitana e le associazioni economiche e sociali sottoscritto il 9/12/2005 e negli aggiornamenti di tale verbale di accordi sottoscritti nel 2006 e nel 2007; la declinazione delle soluzioni a tale problematica fa espresso riferimento all'Agenzia Metropolitana per l'Affitto ed alle politiche territoriali dei Comuni sopracitate.

1.3 - Stato dell'arte della programmazione sociale e sanitaria

Collocandosi in un ruolo di raccordo anche temporale fra la programmazione già realizzata dalla CTSS di Bologna e dal Nuovo circondario imolese, l'Atto di indirizzo assume come sue parti integranti e allegati i documenti di programmazione già approvati, e quelli risultanti da approfondimenti richiesti nell'Atto di indirizzo stesso.

Conferenza territoriale sociale e sanitaria di Bologna

13 giugno 2008	Patto per la qualità e lo sviluppo del lavoro sociale nella provincia di Bologna
13 giugno 2008	Regolamento per l'attivazione e gestione di ricoveri di anziani non autosufficienti su posti temporanei
8 giugno 2007	Fondo Regionale per la Non Autosufficienza 2007, Linee di indirizzo e ripartizione del Fondo
26 marzo 2007	Strategie per lo sviluppo delle cure primarie nell'azienda USL di Bologna
7 febbraio 2007	Laboratorio unico metropolitano
27 gennaio 2007	Primo piano per la salute dell'area metropolitana di Bologna
6 settembre 2006	Decisione della Conferenza territoriale sociale e sanitaria di Bologna in merito ai Programmi di qualificazione e sviluppo dell'assistenza domiciliare Dgr N. 2314 del 29/12/05

19 giugno 2006	Progetto di miglioramento dei pronto soccorso, verbale di accordo CTSS – Aziende sanitarie – OO.SS.
3 maggio 2006	Regolamenti concernenti: “Criteri di accesso alle strutture residenziali per non autosufficienti convenzionate con la AUSL di Bologna” “Criteri operativi per l' applicazione del regolamento aziendale per la contribuzione alle famiglie disponibili a mantenere l'anziano non autosufficiente nel proprio contesto”
28 giugno 2005	Protocollo di relazioni tra Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria di Bologna e Organizzazioni Sindacali CGIL CISL UIL
28 giugno 2005	Protocollo di recepimento del lavoro svolto dal gruppo tecnico sul tema delle liste di attesa.
Nuovo Circondario imolese	
31 marzo 2008	Piano di zona 2005-2007: programma attuativo 2008
5 ottobre 2006	Piano strategico 2006-2009 AUSL di Imola
22 marzo 2004	Piano Attuativo Locale 2004-2006 AUSL di Imola, e all. 1 Ride-terminazione dell'offerta di posti letto.
27 settembre 2003	Patto per la salute del territorio circondariale di Imola.

1.4 - Stato dell'arte e prospettive della programmazione strategica dell'Azienda USL di Bologna

L'azienda AUSL di Bologna ha completato il proprio processo di costituzione, costruendo la sua identità istituzionale, come soggetto responsabile della tutela della salute per la provincia di Bologna, in stretto raccordo con gli enti locali e gli stakeholders di riferimento. Le dimensioni, la rilevanza e la tradizione culturale sanitaria e manageriale dell'azienda USL di Bologna richiedono che essa definisca un proprio processo di pianificazione strategica di medio periodo, che sia innovativo nel metodo e nei contenuti, per essere in grado di rispondere alle complesse sfide imposte dall'evoluzione del contesto sociale e realizzare sempre più efficacemente la propria missione.

Occorre saper guardare ai grandi problemi emergenti della popolazione e del sistema di welfare per cercare di creare risposte capaci di intercettare le opportunità dei cambiamenti sociali e di minimizzare le potenziali minacce per il benessere collettivo ed individuale.

Per orientare l'azienda in coerenza con gli scenari futuri è opportuno costruire un percorso di pianificazione che, attraverso la metodologia degli scenari, individui le grandi aree di potenziale discontinuità ambientale che possono incidere sulla domanda di salute e sull'efficacia dei servizi socio-sanitari.

Per immaginare le possibili discontinuità ambientali non ci si può solo basare sulla spinta che viene dal passato, ma è necessario farsi "trainare" dal futuro, analizzando, in un'ottica di lungo periodo (10-15 anni), i processi sociali, gli scenari professionali, le situazioni demografico - epidemiologiche e i contesti tecnologici che potrebbero registrare delle "rotture" rispetto alla loro traiettoria storica.

Alcuni elementi di particolare complessità portano, infatti, ad una crescente segmentazione della società per ambiti di afferenza culturale, condizioni socio-economiche, stili di vita e concezioni della salute, che condizionano in modo significativo le politiche e i servizi che l'AUSL dovrà strutturare:

- il prevalere di patologie croniche, come conseguenza dell'invecchiamento della popolazione e dei successi della medicina;

- la differenziazione dei modelli familiari che portano, con sempre maggiore frequenza, alla necessita di sostegno da parte di caregiver esterni, spesso stranieri;
- i flussi migratori.

Diviene, quindi, fondamentale analizzare i diversi segmenti sociali, attraverso l'individuazione di cluster di cittadini e dei loro peculiari determinanti di salute, identificare le patologie prevalenti, i profili di salute critici, e le tipologie di bisogno (sanitario, sociale, socio-sanitario) cui occorrerà rispondere nei prossimi anni.

Lo sviluppo nella tecnologia, nella clinica e nei modelli di cura e la trasformazione delle professioni sanitarie e sociali offrono condizioni favorevoli all'innovazione organizzativa.

E' necessario, quindi, ridisegnare le strategie dell'AUSL partendo dall'analisi dei bisogni e della domanda per arrivare, poi, all'analisi dei servizi o dell'offerta ed infine cogliere le opportunità che le discontinuità future possono offrire nel campo dei consumi, dell'organizzazione, delle tecnologie, dell'innovazione e della ricerca.

L'assetto di governance definito dalla Regione Emilia-Romagna valorizza a fondo il contributo possibile di tutti i soggetti, interni ed esterni dell'AUSL: non solo gli enti locali, ma anche i cittadini e le loro associazioni, il terzo settore, i professionisti aziendali, in quanto espressione dei reali bisogni del territorio e della coerenza alla sua cultura.

Per avere alte probabilità di successo attuativo, la pianificazione strategica deve essere frutto di un'elaborazione che veda coinvolti tutti gli attori del sistema, attraverso processi di analisi e decisione organizzati e codificati. Per questo è importante tracciare un chiaro percorso di coinvolgimento degli stakeholders capace di delineare le distinte tappe di analisi dei problemi, di elaborazione di proposte e di discussione delle medesime, avendo come riferimento un orizzonte temporale di medio-lungo periodo.



Parte II

Profilo di comunità

2 - PROFILO DI COMUNITA'

All'interno del presente Atto di indirizzo è inserita una sintesi del Profilo di comunità (corrispondente alla terza parte del profilo di comunità), che nella sua interezza viene pubblicato a parte come allegato dell'Atto di indirizzo e coordinamento triennale¹.

Il Profilo di comunità evidenzia le criticità di salute e benessere sociale, e rappresenta il quadro conoscitivo di riferimento per la programmazione sociale, socio-sanitaria e sanitaria sia a livello aziendale che distrettuale. Esso ricomprende e valorizza l'esperienza dei Piani per la salute, sia per quanto riguarda la rilevazione delle condizioni di salute e benessere sociale che per quanto riguarda l'individuazione dei determinanti che incidono sulla salute.

Il presente capitolo è concepito riprendendo in sintesi i dati analizzati nel dettaglio all'interno del Profilo di comunità (parti 1 e 2), evidenziandone i principali trends e suggerendo alcuni spunti di riflessione (alle volte anche in forma interrogativa...) al fine di sollecitare la discussione, rimandando ad eventuali ulteriori approfondimenti che potranno risultare utili alla programmazione distrettuale.

2.1 Come si sta nel territorio provinciale?

2.1.1 - Dati di contesto: chi siamo, quanti siamo, come stiamo

Profilo demografico: i 'nuovi italiani'

Nel 2007 si registra una lieve crescita della popolazione rispetto al 2003 (+2,9%), anche se con alcune differenze tra i territori: nel distretto di Bologna la popolazione è di poco diminuita, mentre risulta cresciuta soprattutto nei distretti di Pianura est e ovest.

Rispetto al 2003 cresce la popolazione anziana (sopra i 75 anni) e quella più giovane (sotto i 14 anni); risulta invece in diminuzione la classe d'età 15-39 anni.

Nel 2007 la popolazione immigrata straniera residente rappresenta il 6,9% della popolazione totale; si conferma che trattasi di una popolazione giovane (solo il 10% ha più di 49 anni), proveniente prevalentemente da Paesi extra UE (il Marocco è la prima nazionalità tranne che nel distretto di Bologna dove prevale la nazionalità Filippina). La presenza femminile è circa la metà dell'intera popolazione straniera, segno di una ormai consolidata propensione alla stabilizzazione. La percentuale di popolazione straniera 0-14 anni sul totale della popolazione residente di pari età è dell'11,4%.

La composizione familiare si caratterizza per la presenza di un 4,7% di famiglie costituite da un solo genitore con almeno un figlio minore (concentrate soprattutto nell'area metropolitana); si conferma l'elevato numero di famiglie composte da un anziano solo (75 anni o più).

¹ Il Profilo di comunità è frutto di un lavoro corale che ha visto, a partire da aprile 2008, vari soggetti di: Provincia, Comuni, AUSL di Bologna e AUSL di Imola, impegnati nella raccolta, elaborazione, commento dati. Il tutto coordinato dal gruppo "Profilo di comunità" che si è ricordato con i servizi territoriali, con la sanità, con la Regione, per la stesura della prima parte e della seconda parte. Per quanto riguarda la terza parte, il gruppo si è avvalso della collaborazione di Iress Bologna che ha proposto un documento condiviso ed integrato insieme al gruppo 'Profilo di comunità', agli Uffici di Piano e ai Distretti sanitari.

Gli equilibri demografici

Sullo sfondo di un aumento stimato della popolazione complessiva di quasi 5 punti percentuali da qui al 2020 (con dinamiche più accentuate nel territorio non metropolitano della provincia) si profilano alcune tendenze: crescerà la speranza di vita, con un aumento degli ultraottantenni (soprattutto nei comuni della cintura bolognese); crescerà la componente immigrata; crescerà la fascia 0-14 anni; calerà la fascia 30-44.

Cresce la speranza di vita, anche grazie a migliori cure e prevenzione

Nel periodo 2002-2006 si registra una ripresa della natalità in tutto il territorio provinciale. I nati con peso inferiore ai 2500 grammi rappresentano il 7% sul totale dei nati vivi, un lieve aumento va registrato per i nati con peso inferiore ai 1500 grammi.

Nel periodo 1997/2006 il tasso di mortalità infantile e neonatale è diminuito; una lieve inversione di trend si è registrata nel 2006 imputabile all'aumento dei nati con peso inferiore ai 1500 grammi.

La mortalità generale è in costante diminuzione e risulta al livello provinciale sempre al di sotto del valore medio regionale. Emergono differenze significative tra i vari distretti; in particolare il distretto con il più alto tasso di mortalità è quello di Porretta Terme, mentre i distretti di Pianura hanno valori in generale tra i più bassi ma non per tutti gli anni osservati.

Quasi il 21% delle cause di morte è riconducibile a cause di morte evitabili (più nei maschi che nelle femmine – 28% vs. 14%). Nel periodo 1993-2006 si sono osservati in media ogni anno oltre 2.200 morti evitabili e più di 25.000 anni di vita persi in provincia.

Risulta costante la riduzione nel tempo dei tassi standardizzati di mortalità evitabile per tutti gruppi di cause e statisticamente significativa limitatamente al primo gruppo, sia per i maschi che per le femmine. La diminuzione risulta più accentuata nei maschi. Resta importante il ruolo degli incidenti stradali. Per quanto riguarda le patologie tumorali (Il gruppo) che possono essere ridotte da interventi di prevenzione secondaria (diagnosi precoce e terapia) risulta nel tempo una diminuzione probabilmente anche in ragione dei primi effetti delle attività di screening attivate nel territorio dalla fine degli anni '90 (per tumore mammella e collo dell'utero).

Anche per il III gruppo (morti riconducibili ad attività non appropriate in ambito di Igiene ed Assistenza Sanitaria) si verifica una diminuzione del tasso di mortalità sia aziendale che provinciale; la diminuzione risulta significativa sia per i maschi che per le femmine.

Nel 2006 la speranza di vita è stata pari a 79 anni per gli uomini e 84 per le donne. Anche in questo caso il Distretto di Porretta Terme risulta quello con speranza di vita più bassa in entrambi i sessi rispetto alla media provinciale e regionale.

Spunti di riflessione

- o La popolazione aumenta seppur di poco. Il cambiamento maggiore riguarda le caratteristiche della popolazione: aumenta dopo anni di stagnazione la fascia 0-14 anni e contemporaneamente cresce anche la quota più anziana della popolazione (75+), c'è più presenza di cittadini stranieri e il rapporto tra i due sessi è ormai paritario*
- o Presumibilmente si manterranno vive le sfide generali cui deve rispondere il sistema di welfare bolognese: servizi per l'infanzia; connotazione multiculturale della scuola; servizi e interventi per 'grandi anziani', capacità di rispondere a bisogni sempre più differenziati culturalmente.*
- o A proposito di nascita ... Parti sempre più numerosi da mamme sempre più "attempate" e da donne straniere; mortalità neonatale in costante diminuzione ma contestualmente aumentano i nati fortemente sottopeso (<1500gr.), i parti prematuri e i cesarei. In diminuzione le Interruzioni Volontarie di Gravidanza ma non nelle donne straniere*
- o A proposito di morte... Si vive sempre più a lungo, le donne continuano a vivere più degli uomini, ma il gap sta riducendosi; permangono differenze significative tra i Distretti specie nell'area montana.*

o Assume un'importanza rilevante la quota di eventi mortali riconducibili a cause di morte evitabile che pesano per più di un quinto della mortalità complessiva. In questo caso l'adozione di corretti stili di vita (riduzione del consumo di alcool e fumo e più attività fisica e migliori abitudini alimentari) può ridurre di oltre il 60% la quota di eventi mortali evitabili

Ambiente e territorio: tira una brutta aria...

Pur con andamenti variabili, nel 2006 si registra un aumento delle concentrazioni di PM10 con ricadute sulla mortalità generale attribuibile a tale inquinante. In costante riduzione l'andamento dell'inquinamento da Ozono. Nel 2006 la concentrazione di inquinanti PM10, Pm2,5, Ozono ed NO2 non hanno rispettato i limiti di legge prescritti o i valori guida previsti dall'OMS. Si sono pertanto avuti effetti nocivi evitabili sulla salute della popolazione: ad esempio nel territorio provinciale l'impatto dell'inquinamento da polveri PM10 sulla mortalità totale è cresciuto al 2,3% contro l'1,9% del 2005 ovvero si sono stimati a oltre 200 decessi in più per la Provincia di Bologna. Tale impatto è soprattutto sulla mortalità per patologie del sistema cardiocircolatorio e dell'apparato respiratorio. I dati evidenziano un impatto ancora maggiore sulla mortalità generale da esposizione a PM2,5. Sulla base delle esposizioni a questo ultimo inquinante si è stimata una riduzione della speranza di vita nei nuovi nati pari a circa 8 mesi.

L'OMS ha preso atto che sono le PM2,5 più del PM10 a svolgere un'azione negativa sulla salute e pertanto ne ha individuato per la prima volta i limiti di riferimento non ancora recepiti a livello nazionale.

Alcuni soggetti risultano più vulnerabili di altri: la mortalità aumenta tra i cardiopatici e tra quanti hanno problemi respiratori, nei bambini fino a 15 anni sono più frequenti le bronchiti acute.

Gli studi prodotti in questi anni portano ad affermare che nelle città il problema è il traffico urbano privato: a Bologna città tale fonte è responsabile per oltre il 45% di produzione di PM10 contro il 24,5% derivante dal riscaldamento e il 18,2% da origine industriale. Nove risultano gli stabilimenti ad alto rischio censiti a giugno 2007, mentre sono 11 a medio rischio.

Raccolta differenziata: in crescita dal 1999, arriva ad un 31% nel 2007, ma in molti Comuni si supera il 40% con punte del 60%.

Spunti di riflessione

- o Quanta strada ancora da fare in termini di qualità dell'ambiente, in particolare per la riduzione dell'inquinamento atmosferico e delle 'micidiali' polveri sottili. (ad es. più che la quantità pare incidere sulla salute la composizione dei singoli inquinanti da cui la necessità di avere sistemi di misurazione adeguati; servono inoltre serie storiche di dati che consentano analisi più approfondite).*
- o Migliore la situazione per quel che concerne la raccolta differenziata dei rifiuti: il trend è in crescita. E' importante incrementare la quota di verde pubblico e sostenere modelli di mobilità alternativi.*
- o La qualità dell'ambiente è strategica per la salute della popolazione, tuttavia non sempre i dati vengono aggiornati sistematicamente ed a volte risultano di difficile interpretazione, in quanto mancano indicatori di valutazione standard (es. verde per abitante, Km di piste ciclabili e loro effettiva percorribilità...)*
- o Il traffico urbano privato incide negativamente e in modo preoccupante sulla salute e sul benessere complessivo della popolazione (ad es. disincentivando all'uso della bicicletta o a svolgere attività fisica all'aperto); alcuni soggetti ne risultano inoltre maggiormente colpiti (bambini in primis).*
- o Emerge quindi che scelte individuali e decisioni pubbliche hanno una diretta influenza sullo stato dell'ambiente; a sua volta componente essenziale per il benessere e la salute di ciascuno. Una minor mobilità privata su gomma, l'utilizzo di combustibili a ridotto impatto ambientale anche per il riscaldamento di abitazioni ed edifici*

pubblici, un'ulteriore attenzione alla raccolta differenziata, alla qualità dei percorsi ciclopedonali e l'innalzamento della dotazione di verde per abitante, sono alcune fra le misure volte al miglioramento della qualità ambientale; fondamentale la sinergia fra azioni pubbliche e scelte individuali.

Salute e stili di vita:... il logorio della vita moderna

Forte diffusione dell'eccesso di peso tra la popolazione provinciale (sovrappeso e obesità superano il 40%); quasi il 22% della popolazione non fa alcuna attività motoria. Il fenomeno obesità è particolarmente preoccupante nei bambini: il 17% dei bambini di 6 anni ed il 23% di quelli di 9 anni sono in sovrappeso, mentre l'obesità si attesta attorno al 6% per entrambe le età.

Per quanto concerne le abitudini alimentari, ed in particolare il consumo di frutta e verdura, la maggior parte delle persone le assume giornalmente, ma solo una su sette consuma le cinque porzioni raccomandate.

In via di riduzione l'abitudine al fumo che rappresenta tuttavia uno dei principali fattori di rischio di malattia e di morte. Rimane alta la quota di fumatori tra i giovani (nelle età comprese tra i 18 ed i 35 anni circa il 40% dei cittadini è fumatore) e tra le donne. In media nel 2007 si è stimato che fumava (tra i 18 ed i 69 anni) poco più di un cittadino ogni quattro residenti. Significativo anche il consumo di alcool: quasi il 20% della popolazione è classificabile come 'bevitore a rischio'. Sono soprattutto maschi e giovani (un terzo ha un'età compresa tra i 18 ed i 24 anni). Al forte consumo è legato anche l'alto tasso di patologie epatiche. I consumatori di alcool sono di più in provincia rispetto al resto della regione.

Secondo l'indagine multiscopo Istat condotta nel 2005, i residenti del territorio bolognese percepiscono la loro salute 'buona' o 'molto buona', anche se maggiore benessere è associato allo stato fisico che non allo stato psicologico.

Tra le patologie emergenti legate a stili di vita non sani vanno ricordate: il diabete che ormai interessa il 5% della popolazione; le malattie cardiovascolari tra cui l'ipertensione di cui soffre circa la metà dei cittadini con più di 50 anni e l'infarto del miocardio; i tumori, specie quelli dell'apparato gastrointestinale e respiratorio; i disturbi muscolo-scheletrici. Le cause di morte più frequenti sono rappresentate per entrambi i sessi da quelle cardiovascolari, che nelle donne rappresentano quasi il 44%, mentre negli uomini pesano per poco più del 37%. Tuttavia, nel corso degli ultimi anni, l'andamento di queste patologie è in costante e significativo decremento ed è in linea con i valori medi regionali. Esistono peraltro delle differenze significative di mortalità nei diversi contesti territoriali: la mortalità per patologie cardiovascolari assume valori più elevati nelle aree di pianura e montane.

L'andamento della mortalità per tumore, che rappresenta la seconda causa di morte, è stabile e quindi sempre più si avvicina al triste primato. Esistono anche per questo tipo di patologie differenze territoriali; in particolare c'è un eccesso significativo di mortalità nell'area urbana di Bologna.

Tra le patologie tumorali da segnalare il carcinoma polmonare (in crescita nelle femmine e stabile nei maschi), il carcinoma del colon-retto (che negli ultimi anni ha mostrato un incremento in entrambi i sessi e presenta tassi più alti del valore medio regionale), il tumore della mammella che è la seconda causa di morte per tumore nelle donne e che al momento sembra mantenersi a livelli di stabilità o in leggero decremento, il tumore della prostata (in diminuzione per quanto riguarda la mortalità ed in crescita come tassi di incidenza).

Il territorio provinciale presenta inoltre tassi di mortalità per malattie respiratorie croniche a livelli sistematicamente più elevati dei dati medi regionale.

L'indagine PASSI suggerisce anche la rilevanza della frequenza di sintomi di depressione rilevati nel 9% degli intervistati.

Spunti di riflessione

o Preoccupante la tendenza al consumo elevato di alcool e fumo soprattutto tra i giovani. Risulta rilevante anche la quota di popolazione che non svolge alcuna attività

motoria e che non adotta sane scelte alimentari. Ciò comporta le necessità di potenziare interventi integrati socio-sanitari per prevenire queste problematiche secondo metodologie di provata efficacia.

- o Crescono le malattie cosiddette da benessere tra le quali in primis obesità e problematiche psicologiche, ma anche le malattie croniche quali il diabete, malattie respiratorie e le neoplasie; le malattie cardiovascolari diminuiscono, sebbene siano ancora la prima causa di morte in entrambi i sessi.*
- o Esistono differenze territoriali, sia per patologie cardiovascolari che per tumori, delle quali è bene tenere conto in sede di programmazione e di prevenzione.*
- o È necessario impegnarsi sul fronte delle malattie legate a stili di vita non corretti riconducibili, non solo a scelte individuali, ma anche a contesti ambientali e strutturali non sempre favorevoli. Utili sono quindi gli interventi intersettoriali e multicomponenti.*

Gli incidenti stradali: in numero stabile ma con meno morti e feriti

Gli incidenti stradali rappresentano oltre il 52% delle cause di morte rilevate in giovani tra i 15 ed i 24 anni, percentuale che resta alta anche per la classe di età tra i 25 ed i 44 anni (oltre il 15%). Tuttavia il fenomeno mortalità per incidente stradale risulta in costante calo, specie riguardo agli uomini, rispetto ai quali, comunque, i valori si mantengono più alti. Entro il territorio aziendale bolognese si presentano significative differenze territoriali sulla distribuzione degli incidenti: nel periodo 1993-2006 la mortalità per incidente stradale si presenta più alta nelle zone di pianura rispetto alle altre zone della provincia, anche a causa della diversa conformazione della rete stradale. In tutta la provincia si osserva, inoltre, nel corso degli ultimi anni (1998-2006) una tendenza alla diminuzione degli eventi mortali e del numero di feriti mentre è praticamente stabile il numero di incidenti. Un leggero incremento si registra nel 2006.

Se per il tasso di mortalità si hanno in provincia di Bologna valori sempre inferiori alla media regionale, al contrario l'indice di lesività (numero di feriti su numero di incidenti avvenuti) spesso è più alto.

Spunti di riflessione

- o Si muore ancora in strada...ma un po' meno. Gli incidenti sono più frequenti in provincia che in città in connessione ad un uso maggiore dell'automobile, alle caratteristiche della rete stradale, ecc.*
- o La diminuzione degli incidenti per la fascia di popolazione giovanile può essere frutto delle campagne di sensibilizzazione a tal riguardo?*

2.1.2 - Dati di contesto: ...fra casa e lavoro

Casa: un problema per molti, risposte pubbliche per pochi

Anche nel territorio provinciale l'Osservatorio regionale sul sistema abitativo (O.R.S.A) registra un aumento della domanda abitativa dovuto soprattutto all'aumento dei cittadini stranieri e del numero delle famiglie. Le case in proprietà rappresentano, secondo i dati dell'ultimo censimento (2001), il 69,9%. Per quanto riguarda la locazione, i contratti a canone concordato costituiscono nel 2004 il 10,61% del totale dei contratti stipulati.

Pressione abitativa: crescono le famiglie che necessitano di una casa (in quanto nuove famiglie o in quanto nuovi residenti, soprattutto stranieri). Allo stesso tempo cresce la difficoltà di accedere ad un'abitazione di proprietà per il costo elevato dei mutui o per l'assenza di garanzie economiche; difficoltà si registrano anche sul fronte delle locazioni: l'elevato costo dei contratti sta diventando sempre meno accessibile per alcune fasce di

popolazione. Segno di tale difficoltà è l'aumento del numero di domande valide del fondo sociale per l'affitto. Il problema dell'accesso alla casa acquista tuttavia connotazioni diverse da distretto a distretto.

Alloggi di Edilizia Residenziale Pubblica: diversamente da molte convinzioni diffuse, i cittadini stranieri assegnatari di un alloggio costituiscono una quota non elevata: il 7,5% (dati Acer anno 2006). Nella maggior parte dei casi tali alloggi sono occupati da famiglie italiane, perlopiù costituite da persone anziane (basta ricordare che solo il 17,4% delle famiglie occupanti ha al suo interno almeno un minore di 18 anni). Tra gli stranieri che occupano un alloggio erp il 50% proviene dal Nord Africa.

Da segnalare come, a parte Casalecchio, tutti gli altri distretti hanno un numero significativo di alloggi di Edilizia Residenziale Pubblica non occupati: sono una sessantina nei distretti di San Lazzaro, Pianura Ovest e Porretta; un centinaio Pianura Est e Imola, 885 a Bologna. Pianura est e Casalecchio di Reno sono i distretti nei quali è maggiormente aumentato il numero di domande valide di Fondo sociale per l'affitto.

Spunti di riflessione

- o Molti ancora gli alloggi Erp non occupati: si può fare un ulteriore sforzo per renderli disponibili?*
- o Le azioni messe in campo dal pubblico appaiono in questo settore ancora insufficienti (emblematico il numero di domande ERP insoddisfatte); non dimentichiamo che si tratta di un ambito da tutti riconosciuto come problematico non solo per le fasce di popolazione svantaggiate ma sempre più anche per il cosiddetto ceto medio. Quale il ruolo dei Comuni? Quali sinergie con il privato?*
- o Il dato che vede quasi il 70% delle famiglie abitare in case di proprietà (dato inferiore del 10% rispetto a quello indicato dall'Istat per il livello nazionale) non deve soddisfare. Occorre evidenziare la possibile connessione tra le condizioni abitative e le condizioni di salute. Inoltre: chi sono i 'non proprietari'? A livello nazionale l'Istat stima che il 75% di essi (4,3 milioni di famiglie) abbia redditi inferiori ai 20.000 euro annui trovandosi a sopportare un canone di locazione che incide per il 50% del reddito e che spesso siano famiglie di giovani coppie, anziani, immigrati. In Italia gli alloggi pubblici sono il 4% del totale (a fronte di una media europea del 16%).*

La struttura economico-produttiva

Tra le imprese prevalgono le piccole (1-9 addetti), che sono il 94% ca. del totale e che tuttavia raccolgono il 44% ca. del totale degli addetti.

I cittadini extracomunitari titolari di impresa si concentrano nella città di Bologna. Il 70% ca. degli imprenditori stranieri non comunitari proviene da Africa e Asia.

Uno sguardo al reddito: aumenta la forbice della ricchezza

Notoriamente il solo dato del reddito imponibile non permette un'esaustiva valutazione della ricchezza disponibile in un territorio; tuttavia, analizzando la variazione nella distribuzione del reddito procapite e misurando la concentrazione del reddito, si può ottenere una stima sufficiente della diffusione/collocazione della ricchezza fra gli abitanti.

Le tendenze emergenti nei 6 anni compresi fra il 1999 ed il 2005 mostrano un aumento della popolazione residente, una diminuzione della quota di contribuenti con reddito imponibile a fini addizionale IRPEF su residenti, un incremento del reddito imponibile totale in provincia di Bologna, oltre ad un aumento tendenziale del reddito procapite, il cui ammontare mostra però una flessione nel 2005 rispetto al 2004.

Un leggero aumento dell'indice di concentrazione registrato fra il 2004 ed il 2005, abbinato alle tendenze sopradescritte, permette di supporre con forte ragionevolezza che negli ultimi due anni dell'intero periodo considerato la maggior "ricchezza" complessivamente dichiarata sia andata concentrandosi nelle disponibilità economiche di un numero relativamente più basso di percettori.

Bologna è il territorio che maggiormente evidenzia tale concentrazione; a scalare se-

guono gli ambiti distrettuali di Casalecchio e S. Lazzaro; seguono ad una certa distanza quelli di Pianura Ovest, del Circondario Imolese, di Pianura Est e di Porretta.

Spunti di riflessione

o Il processo che dovrebbe portare gli Enti Locali ad una maggiore autonomia finanziaria appare ancora lungo ed incerto; le strategie adottate per migliorare e rendere più efficienti i servizi risultano adatte a contenere i costi di erogazione; emerge la necessità di individuare ulteriori strategie per incrementare, a risorse date, l'offerta di servizi sociosanitari; fra le strade oggi percorribili, quella dell'integrazione sovra-comunale offre prospettive interessanti.

Forze lavoro: in provincia le donne lavorano più che altrove, tra contratti più flessibili e bassa disoccupazione

Al di là di un lieve calo del tasso di occupazione nella fascia 15-64 anni nel 2007 rispetto all'anno precedente (71,5 contro 72,4), il territorio provinciale ha comunque un livello occupazionale molto più favorevole rispetto alla media nazionale (58,7).

Il tasso di disoccupazione, in calo rispetto al 2006, si attesta su valori 'fisiologici' (2,5%). Se tasso di occupazione e di disoccupazione confermano complessivamente una posizione più solida dei maschi rispetto alle femmine, emerge un dato interessante che combina il genere all'età: sotto i 34 anni la disoccupazione colpisce maggiormente le donne, ma sopra questa soglia il fenomeno si ribalta, interessando di più gli uomini (salvo che per la fascia 55-64).

Il numero dei lavoratori atipici nelle imprese, aziende ed amministrazioni pubbliche bolognesi rappresenta l'11,3% della forza lavoro provinciale, valore al di sotto della soglia regionale (12,7%), con una maggior presenza femminile affiancata, tuttavia, da un maggior numero di maschi tra gli over 55.

Spunti di riflessione

o La contrattazione atipica sembra assumere due facce: da un lato all'ingresso nel mondo del lavoro, come indica la proporzione di questi contratti siglati da lavoratori sotto i 35 anni, specie dalle donne; dall'altro all'uscita per quei lavoratori che, espulsi tardivamente dal mondo del lavoro e non ancora in età pensionabile, risultano non facilmente reimpiegabili con conseguenti difficoltà socio-redдитuali e possibili fenomeni di marginalità sociale.

o Complessivamente la situazione del mercato del lavoro suggerisce di prestare attenzione alla combinazione (che può oscillare tra sostenibilità e conflittualità) tra fattori lavorativi e fattori sia familiari (tipologia nucleo familiare, ruoli e culture di genere, carichi di cura, equilibrio tra tempo di vita e tempo di lavoro) sia istituzionali (offerta di politiche a sostegno della conciliazione e delle pari opportunità), con un'attenzione particolare agli effetti che si producono all'incrocio fra genere, età e provenienza. Non va dimenticato, infine, che è essenziale il ruolo delle imprese per un'efficace politica di conciliazione.

o Da non sottovalutare la stretta connessione tra la situazione socio-economica ed il benessere psico-fisico della popolazione.

Infortuni sul lavoro: una situazione che migliora, ma differenziata territorialmente

Le analisi dei dati sugli infortuni sul lavoro mostrano come l'andamento del fenomeno sia connesso sia al mutamento delle attività e delle modalità produttive, sia alla sensibilità nei confronti della prevenzione da parte di datori di lavoro e lavoratori.

Tra il 2000 ed 2006, i dati sul rapporto percentuale tra numero di infortuni e numero di lavoratori (tassi di incidenza) registrati in Emilia Romagna indicano un trend in lieve calo in tutta la Regione (da 5,68 a 4,76) ed evidenziano come l'area bolognese presenti gli indici più bassi (da 4,61 a 4,19). Si osserva peraltro una incidenza maggiore nel territorio

dell'Azienda USL di Imola. Complessivamente nella Regione, nel periodo 2000-2006 si sono osservati 178.867 infortuni e di questi 6.147 con postumi invalidanti e 1000 mortali, per un costo sociale medio anno ipotizzato di 4.659 milioni di euro.

Se analizziamo gli infortuni che hanno causato invalidità permanenti, i territori con valori più elevati sono la zona appenninica, la prima fascia bolognese ed il territorio imolese. I casi mortali dovuti ad infortunio sul lavoro sono più frequenti nell'area montana e nell'imolese. Se non si considerano gli incidenti stradali sul lavoro, più concentrati nella Pianura est-ovest dove la mobilità è maggiore, le aree geografiche con valori più alti sono quelle dell'imolese ed appenninica. Tuttavia dai dati di mortalità risulta che oltre il 50% delle morti sul lavoro avvengono sulla strada. Ciò indica chiaramente un'area da presidiare attentamente in termini formativi ed infrastrutturali.

Aumentano gli incidenti sul lavoro che coinvolgono gli stranieri. Una recente indagine condotta in Regione nel comparto metalmeccanico evidenzia come il rischio di infortunio per un lavoratore extracomunitario è più che doppio rispetto a quello di un lavoratore italiano dello stesso comparto. Tra le possibili motivazioni del più elevato rischio degli immigrati si possono individuare: la diversa distribuzione delle mansioni a rischio, le condizioni di lavoro, il più rapido turn over, la difficoltà linguistica, la scarsa formazione specifica, la diversa percezione del rischio.

Spunti di riflessione

- o -Vi sono meno incidenti sul lavoro nel bolognese rispetto al totale regionale. Il fenomeno assume connotazioni significativamente diverse a seconda del territorio. Le differenze territoriali all'interno della Provincia sono anche differenze nella tipologia di incidente. Vale la pena soffermarsi sulle ragioni di tale diversità?*
- o Infine, gli stranieri sono più a rischio e gli incidenti che li riguardano sono in crescita.*

2.1.3. 'Clima' comunitario, relazioni sociali e qualità della vita

I dati sulla criminalità in Provincia di Bologna: +12% tra il 2004 ed il 2005

In linea con quanto emerge per il livello nazionale, i dati sugli eventi delittuosi in Emilia-Romagna e nella provincia bolognese appaiono in crescita, sul breve come sul lungo periodo, in particolare nell'area urbana di Bologna. Sono soprattutto i reati contro il patrimonio ad aggravare il bilancio sulla criminalità (tra il 2004 ed il 2005, il numero dei furti è cresciuto dell'8%, quello delle rapine del 12% circa, sulle truffe la percentuale supera il 38%), sebbene si possa evidenziare anche una crescita dei reati contro la persona (se il numero di omicidi cala del 36,4%, aumenta del 19% il dato relativo alle lesioni dolose e quello sulle violenze sessuali, cresciuto dell'11%). Complessivamente, il totale dei delitti nella provincia di Bologna è cresciuto, tra il 2004 ed il 2005, del 12,2%, attestandosi sul valore assoluto di 74.756.

La percezione della sicurezza: tra incertezza economica e 'info-labilità'

Dall'indagine demoscopica svolta tra il 2005 ed il 2006 dal MeDec, in collaborazione con il Progetto Città sicure della Regione Emilia-Romagna, emerge che il numero di chi percepisce un aumento della criminalità nel proprio comune diminuisce: nella città di Bologna le persone che considerano la criminalità in crescita nel 2006 si attestano intorno al 48%, circa 10 punti percentuali in meno dell'anno precedente, mentre in provincia il dato, che nel 2005 non raggiungeva il 25%, è calato di circa 5 punti².

Certamente, influisce sulla percezione della sicurezza la dimensione del contesto in cui ci si trova ad abitare: la percezione del pericolo cresce, come era lecito attendersi, in un luogo urbanizzato e complesso come quello cittadino, dove peraltro i dati sulla crimina-

² Sono stati realizzati due sondaggi svolti con metodo CATI e somministrati a circa 1000 residenti della provincia di Bologna e a 900 residenti delle altre province della regione.

lità reale sono effettivamente più alti; diminuisce nei contesti di vita più ristretti, vissuti come più rassicuranti.

Le indagini sulla percezione della sicurezza da parte dei cittadini mostrano come questa non sia immediatamente connessa al dato reale di crescita della criminalità, ma mostri un andamento almeno in parte proprio. Se, come si è detto, le persone che percepiscono nel 2006 un aumento della criminalità sono circa la metà degli intervistati a Bologna ed un quinto nella provincia, chi dichiara di aver subito, nello stesso anno, almeno un reato è il 20% degli intervistati in città (in leggerissima crescita rispetto all'anno precedente: +0,4%) e poco più del 14% nella provincia (+4,1% dal 2005). In sostanza, mentre i dati sulla percezione del rischio, pur rimanendo complessivamente alti, sono in calo, la vittimizzazione reale presenta dati meno elevati e ad andamento costante.

I dati sulla percezione della sicurezza si presentano correlati in modo significativo con alcuni indicatori relativi sia alla sicurezza economica ed alla sua percezione, sia all'esposizione mediatica.

Le due curve sulla percezione della sicurezza economica e sulla sicurezza legale aumentano e diminuiscono parallelamente ed anche le differenze territoriali evidenziano una loro connessione: l'allarme criminalità è più acuto nella città di Bologna, dove è avvertita con maggiore gravità anche la crisi economica. Inoltre, nell'agenda problematica dei cittadini della provincia di Bologna le due questioni più frequentemente segnalate come preoccupanti e indicate ognuna dal 35% degli intervistati, sono la sicurezza economica (lavoro, caro vita, crisi economica) e quella legale (connessa soprattutto alla microcriminalità).

Infine, una lettura di medio periodo che tiene conto delle oscillazioni della percezione sulla sicurezza in correlazione con i cicli politici, mostra che in prossimità delle elezioni politiche il pessimismo aumenta, per poi tornare a livelli inferiori nel periodo post-elettorale. La criticità percettiva sale, quindi, in corrispondenza di periodi di maggiore tematizzazione della criminalità e di sollecito mediatico.

Spunti di riflessione

o Il benessere di una comunità appare significativamente connesso non solo con i tassi di criminalità reali, ma anche con la percezione che i cittadini hanno del rischio nel proprio contesto di vita. L'analisi mostra un evidente divario tra i dati sulla percezione della sicurezza nel contesto bolognese e nel resto della provincia. Alcuni dei fattori che appaiono influire sul senso di insicurezza sono: le dimensioni territoriali, l'insicurezza economica, il ruolo dei media.

Il 'capitale sociale': la fiducia in se stessi e nella comunità

Il concetto di capitale sociale, notoriamente soggetto a molteplici interpretazioni, viene qui inteso, a partire da uno studio svolto da MeDeC nella Provincia di Bologna, come indicatore del livello di 'ricchezza' dato dalla fiducia, dalla partecipazione, dall'attenzione dei cittadini in riferimento alla comunità di appartenenza.

L'analisi del livello di fiducia sociale mostra che:

-oltre la metà dei cittadini ritiene che le istituzioni locali amministrino abbastanza o molto bene le risorse della comunità, mentre un terzo di essi le considera utilizzate in modo poco o per nulla adeguato;

-alti livelli di sfiducia riguardano al contrario i 'grandi' soggetti economici: il 57% 'boccia' le banche, il 42% circa le grandi imprese ed il 69,8% le assicurazioni;

-i risultati sono differenti riguardo alle piccole e medie imprese, per le quali l'81,4% esprime un giudizio sufficiente o positivo, e per la cooperazione, ritenuta sufficiente o 'promossa' dal 77,4%.

Si può aggiungere, come dato positivo, che quasi metà dei cittadini sopra i 18 anni è coinvolto a vario titolo in almeno una forma partecipativa: per il 18% ad una cooperativa di consumo, per il 12% circa ai sindacati, l'8% ad un'associazione culturale, mentre poco meno del 16% desidererebbe impiegare parte del proprio tempo nell'impegno politico, civile o sociale.

Gli indici della fiducia personale mostrano un andamento discontinuo: se, infatti, meno di un cittadino su 4 (24,7%) si dice poco o per nulla preoccupato per il futuro, questo risultato appare compensato da un giudizio positivo sulla percezione delle proprie possibilità: la percezione di sé è ottimistica in oltre 2/3 dei casi (67,1%), il 60% circa ritiene la propria salute buona o molto buona, oltre il 72% sente di avere almeno in parte il controllo della propria vita.

Particolarmente alti, infine, gli indici di fiducia verso gli altri: l'87% circa degli intervistati è molto o abbastanza soddisfatto dei propri rapporti affettivi, oltre l'81% ritiene di poter contare sui propri parenti o amici nei momenti di difficoltà, quasi l'80% ha buoni rapporti con i propri vicini di casa.

Nuovi 'stili' e strumenti partecipativi

L'incrocio tra l'indice del 'capitale culturale individuale'³ e quello della partecipazione⁴ hanno consentito al MeDeC di sintetizzare 4 profili che descrivono stili diversi di partecipazione civile.

L'analisi mostra che:

- quasi il 30% dei cittadini è costituito dai 'Partecipativi moderni' che possiedono alto capitale culturale e partecipano in modo significativo; si tratta in larga parte di una popolazione prevalentemente giovane-matura (l'85% ha meno di 55 anni), senza significative differenze di genere, in crescita (+4 punti percentuali tra il 2004 ed il 2005);
- poco meno del 20% è rappresentato dai 'Partecipativi tradizionalisti', con basso capitale culturale, ma alta partecipazione; si situano in questa area soprattutto gli anziani (l'80% ha più di 60 anni), con bassi titoli di studio e con un altissimo livello di socializzazione politica;
- leggermente sopra il 20% sono gli 'Individualisti', con alto capitale culturale ma poco partecipativi; appartengono a questa tipologia cittadini molto giovani (quasi il 50% ha meno di 34 anni), più spesso residenti nella provincia (quasi il 60%), in gran parte con titolo di studio medio alto (il 60% circa ha un diploma);
- quasi il 20% è costituito dagli 'Estraniati' che possiedono basso livello culturale e partecipano poco; si tratta soprattutto di anziani (il 70% ha più di 65 anni), spesso soli, video-dipendenti, con basso livello di istruzione, in gran parte inattivi (pensionati:58,6%, casalinghe:14,2%).

Spunti di riflessione

o Le indagini sul capitale sociale mostrano risultati molto positivi per la provincia di Bologna: le 'reti' formali ed informali tra i cittadini, antidoto a molti tipi di disagio che possono avere effetti negativi anche sulla salute psico-fisica dei cittadini, appaiono solide. Le forme partecipative individuali, tuttavia, stanno cambiando. Che ruolo avranno le istituzioni rispetto ad esse?

³ Calcolato tramite punteggi assegnati agli indicatori: uso di personal computer ed internet, titolo di studio, livello di intellettualizzazione della professione, fruizione della televisione (variabile inversa).

⁴ Calcolato misurando: frequenza di lettura, qualità e quantità dei quotidiani, interesse per la politica, adesione all'associazionismo, volontà di impegno politico, sociale o culturale.

2.2 - I bisogni complessi e il sistema dell'offerta

2.2.1- L'universo "famiglia, bambini, adolescenti": dal quotidiano, all'emergenza, al sistema educativo-formativo

Il sistema offerta per le famiglie

Servizi educativi 0-3

Frequenza media al nido del 33%: in alcuni territori della provincia di Bologna in linea con gli obiettivi fissati dal Consiglio europeo di Barcellona nel 2002 per il 2010.

Il quadro presenta una pluralità di servizi, MA comunque il 90% dei bimbi frequentanti i servizi è iscritto al nido. Il nido si configura come il servizio che meglio viene incontro alle esigenze delle famiglie, delle donne in particolare. Ne è prova la perdurante e incrementale richiesta. Il restante 10% di bambini fruisce di una soluzione integrativa (educatrice familiare e domiciliare, ecc.).

Dato emblematico: il numero di posti nido è aumentato in 2 anni (2003-2005) di oltre il 10%, e ciò ha rappresentato uno sforzo significativo per gli Enti locali interessati. Alcuni di quei comuni che hanno recentemente rafforzato l'offerta hanno ancora liste di attesa. A ciò va aggiunto che il Privato non offre una significativa risposta (sono solo 14 su 177 i nidi totalmente privati), probabilmente perché il servizio-nido è molto costoso da allestire e, di conseguenza, risulta molto oneroso anche il contributo delle famiglie.

Gli Enti locali hanno potuto implementare i posti nido anche grazie alle collaborazioni stabilite con il terzo settore (cooperative sociali): esistono infatti un 12.4% di servizi nido esternalizzati tramite appalto e concessione, e un 19% in convenzione.

Spunti di riflessione

- o *La differenziazione dell'offerta e i servizi integrativi rappresentano una "buona soluzione" in quanto alternativa al nido, pur non nascendo come tali? È bene chiederselo perché non è detto che se aumenta ancora la domanda – come sembrano dire i dati previsionali – gli enti locali riusciranno ancora a implementare l'offerta di nido.*
- o *Come sono valutate, laddove esistenti, forme "più leggere" di babysitteraggio magari offerte dal Privato, ma monitorabili dal Pubblico?*
- o *Come mantenere la qualità del progetto pedagogico?*
- o *Anche laddove il comune differenzi l'offerta è bene curare il rapporto con i cittadini, che vanno adeguatamente informati sulle varie opportunità presenti cercando, nei limiti del possibile, di studiare soluzioni appropriate.*
- o *Accesso "ragionato": l'accesso ai servizi va armonizzato e pensato. È possibile implementare ulteriormente forme di regolamenti di accesso condivisi fra più comuni di un distretto, che magari presentano diverse pressioni della domanda?*
- o *Il rapporto pubblico-privato. Per quanto riguarda questo tipo di servizi tale rapporto assume caratteristiche specifiche rispetto ad altre aree dei servizi alla persona (ad esempio gli anziani: all'inizio del rapporto pubblico-privato in questi servizi – anni '80 – il pubblico si avvaleva del privato soprattutto per 'acquisto di manodopera'). Oggi, i servizi educativi che si avvalgono per l'erogazione del Terzo settore sono spesso servizi di eccellenza (lo dicono alcune ricerche sulla soddisfazione delle famiglie...) ed il progetto pedagogico condiviso fra pubblico e privato è alla base della qualità di questa tipologia di offerta.*

Centri per le famiglie

I 3 Centri per le famiglie si confermano come punti di riferimento per le famiglie, anche se si connotano in maniera diversa. I Centri per le famiglie si presentano come luoghi polifunzionali per le famiglie.

Spunti di riflessione

o Sostegno alla genitorialità e mediazione familiare: interventi da sostenere.

Il sistema offerta ai minori in difficoltà: affido, comunità, adozione

A livello provinciale, i minori in carico al 2006 sono 10.777, il 26,7% dei minori in carico ai servizi sociali territoriali complessivamente a livello regionale!

Tutela: accoglienza in comunità

L'offerta di centri di accoglienza è qualificata e diversificata. Le 6 tipologie di accoglienza in comunità previste dalla normativa regionale sono tutte presenti.

Il trend dei minori accolti in comunità educativa è in significativa crescita: +7% (2005-2006). MA il sistema dell'offerta bolognese non riesce a coprire la domanda. Il 40% minori viene inserito fuori provincia (anno 2005).

Esaminando le ragioni del termine della permanenza in comunità emerge che nel 2006 1.063 minori hanno finito la loro permanenza in comunità: il 60% (643) ha destinazione ignota. Di questi la grande maggioranza è costituita da minori stranieri non accompagnati – (559/643). Una percentuale significativa di minori (17.4% del totale) escono dalla comunità per il raggiungimento dell'autonomia, come conseguenza del compimento della maggiore età.

Rapporto fra accoglienza/dimissione: in comunità educativa, familiare e casa famiglia si rileva un buon equilibrio tra numero di accolti e numero di dimessi. Diversamente accade nelle comunità di pronta accoglienza dove c'è un "ricambio" di utenti molto forte (essendo grande parte minori stranieri non accompagnati). Per quanto riguarda i minori in comunità di pronta accoglienza: in un anno duplicati (2003-2004). Di questi, quasi tutti Minori stranieri non accompagnati. Boom dei Minori stranieri non accompagnati nel 2005, calo significativo nel 2006, con una certa diversificazione anche delle provenienze.

Spunti di riflessione

o La diversificazione dell'offerta risponde ad un aumento e diversificazione delle problematiche di tipo sociale, dei flussi migratori, nonché della modificazione degli stili di vita familiari: (ad esempio, si segnala la significativa presenza dei minori accolti in comunità madri-bambino come conseguenza dell'aumento delle famiglie monogenitoriali spesso esposte a problemi di povertà e disagio).

o I dati rivelano gli effetti del "ciclone" Minori stranieri non accompagnati e di tutte le problematiche che questa emergenza sociale comporta (di tipo giuridico, legati alla necessità di una forte rete territoriale fra servizi sociali, sanitari, scuola, formazione professionale, ecc.): quanto ha inciso questo fenomeno sulla strutturazione dei servizi di accoglienza?

o Le politiche attuate pagano, stanti i dati così elevati di turn over e di fuga?

o I servizi per minori impattano più di una problematica: difficoltà genitoriali, difficoltà socio-economiche delle famiglie, processi migratori. Il sistema, pur raffinato, è in affanno!

Tutela: affidamento familiare

I 12 anni di sensibilizzazione all'affido sembrano dare frutti: si registra la crescita progressiva da 99 a 292 situazioni di affido realizzate.

Le motivazioni al termine dell'affido sono diversificate: una percentuale ritenuta significativa (21%) si trasforma in adozione. Si registra un buon equilibrio fra servizi attivati e terminati. Le caratterizzazioni dell'affido sono sfaccettate: nei minori in affido sono rappresentate tutte le fasce di età. Si tratta di affidi "pesanti": giudiziari in larga maggioranza; a tempo pieno, in larga maggioranza; alle famiglie in larga maggioranza.

Spunti di riflessione

o Le caratteristiche "pesanti" dell'affido, la diversificazione delle motivazioni del termine, l'aumento della disponibilità delle famiglie affidatarie... testimoniano di un grande lavoro dei servizi sociali territoriali impegnati in grado di fare lavoro di rete fra

istituzioni diverse (il Tribunale, in primis) e con la comunità nella sua accezione più ampia.

- o Sensibilizzare all'affido "paga"! Laddove c'è promozione della cultura dell'affido, ci sono più famiglie disponibili. Quanto bisogno rimane scoperto? Il dato non è disponibile: potrebbe essere utile rilevarlo?*

Adozioni internazionali

Dato provinciale di coppie che hanno richiesto adozione più alto rispetto alla media regionale.

30 in media all'anno sono i corsi per potere iniziare il percorso adottivo. Al 2007 sono un centinaio le coppie in lista di attesa per accedere al corso. Le liste di attesa sono presenti da che si fanno i corsi (2003).

Relativamente all'indagine psico-sociale: sono diminuite le famiglie in lista d'attesa, ma vi sono ancora famiglie in lista. La diminuzione delle liste si associa all'aumento delle risorse umane preposte al servizio.

Si registra un certo cambiamento della "fisionomia degli adottati": nel 2007 la fascia prevalente è quella in età di scuola elementare.

Spunti di riflessione

- o Il cambiamento della fisionomia degli adottati comporta la necessità dei servizi di lavorare in rete, di trovare di volta in volta sinergie diverse con altre istituzioni territoriali, ad esempio con la Scuola. La tendenza osservata è di una crescita media dell'età al momento dell'adozione e di una crescita costante di adozioni di più fratelli contemporaneamente, ciò è favorito in primo luogo dallo svilupparsi di politiche di promozione dell'adozione interna da parte dei paesi di provenienza dei bambini.*
- o Chi segue le coppie una volta adottato il bimbo? Il servizio di post adozione è assicurato in tutti i territori, ma non vi è un modello unico di sostegno: in alcuni distretti la nuova famiglia viene seguita dai servizi sociali territoriali, in altri invece anche le attività della prima fase di post adozione sono state inserite tra le competenze dell'équipe centralizzate e gli operatori che seguono l'inserimento del bambino nella sua nuova famiglia sono quelli che hanno accompagnato la coppia nel percorso adottivo.*
- o La presenza di liste d'attesa evidenzia un problema di personale!*

Il sistema scuola

Scuola d'infanzia

In 3 anni aumentati di oltre 7 punti percentuali i bambini iscritti ed è anche aumentato il numero di strutture. Il tasso di copertura del servizio è elevatissimo (oltre 97%). Nel triennio 2004-2007 è quasi raddoppiato il numero di stranieri. Presenza di bimbi disabili in linea con la media regionale.

Spunti di riflessione

- o Il servizio si conferma a vocazione "quasi-universalistica".*
- o La valorizzazione del rapporto con il Privato (FISM in primis), la storia ormai consolidata di tale rapporto, il buon funzionamento del coordinamento pedagogico anche per questo servizio sono una carta vincente per una rete efficiente di servizi.*

Scuola primaria

Quasi il 3% i bambini iscritti disabili. Quasi il 12% i bambini immigrati (quasi duplicati in 3 anni).

Scuola secondaria di I grado

12% sono gli studenti di nazionalità non italiana. Di questi il 9% è coinvolto in carriere scolastiche irregolari.

Scuola secondaria di II grado

Le informazioni relative al successo/insuccesso formativo dicono che il 57% sono gli studenti promossi. Il restante 43% si distribuisce fra alunni promossi con debiti (quasi 28%), bocciati (12%), ritirati. In sintesi, quasi uno studente su tre ha un percorso irregolare, anche se in modo più spiccato negli istituti professionali.

Spunti di riflessione

- o Disagio degli immigrati, degli studenti maschi, dei professionali. Non solo, a giudicare dai dati che evidenziano un disagio diffuso testimoniato in primis dalla relativamente bassa % dei promossi a fine anno 2007, nonché dalla relativamente alta % degli studenti irregolari.*

2.2.2. Fra auto e non autosufficienza

Il sistema offerta per gli anziani: fra domiciliarità e residenzialità

Assistenza domiciliare sociale comunale

È un servizio prevalentemente rivolto ai cosiddetti grandi anziani, in grande maggioranza non autosufficienti.

Spunti di riflessione

- o L'ampio utilizzo nel bolognese di questo servizio e per un target fortemente problematico (grandi anziani non autosufficienti) potrebbe stare ad indicare una conferma del Servizio assistenza domiciliare (SAD) come servizio pro- domiciliarità. Cioè un servizio che aiuta gli anziani a rimanere nel loro ambiente di vita.*
- o Ciò sembra in controtendenza con la riflessione da più parti avanzata che pone in discussione l'effettiva efficacia del Servizio assistenza domiciliare per rispondere ai bisogni complessi degli anziani.*
- o Oppure questo dato va letto come un supporto che le famiglie ottengono, valido, qualificato, al quale però necessariamente devono aggiungere, con buona probabilità, l'assistente familiare?*
- o In questo caso, il problema relativo alla modificazione della vocazione del servizio si riproporrebbe...*

Assistenza domiciliare (oneri ADI)

Si registra un incremento significativo nel triennio 2003-2006 di utilizzo del servizio (+12,8%).

Significative sono le differenze a livello distrettuale. In 3/7 l'utilizzo medio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) rapportato alla popolazione ultra 75enni è inferiore alla media provinciale, seppure di poco.

Spunti di riflessione

- o Quali le ragioni delle differenziazioni distrettuali di utilizzo di ADI? Una diversa domanda, oppure una diversità nei criteri e nell'individuazione dei requisiti di accesso?*
- o Quali scelte – se di scelte si tratta – sono maggiormente premianti rispetto all'obiettivo di rispondere ai bisogni delle famiglie?*

Assegno di cura

Significativo l'incremento di utilizzo di assegno di cura registrato nel 2006: quasi il 25%.

Spunti di riflessione

o È un servizio che si conferma come in generale “molto gettonato”. Perché risponde meglio ai bisogni delle famiglie? Perché sovraccarica in misura minore i servizi – essendo maggiormente proceduralizzata la sua erogazione ed essendo potenzialmente meno onerosa per i servizi? Anche per questo servizio si ripropone la questione del confronto fra le diverse scelte distrettuali e, di conseguenza, fra le ragioni di tali scelte (a maggior ragione se si pensa che ancora nel 2006 non c’era l’effetto dell’implementazione del Fondo Regionale Non Autosufficienza).

Dimissioni protette

1.343 anziani in dimissioni protette, presenti in entrambe le AUSL, anche se con significative differenze quantitative tra i distretti.

Spunti di riflessione

o Continuità di cura e assistenza, appropriatezza dell’intervento, reale integrazione socio-sanitaria attraverso la connessione fra ospedale, medico di base e servizi territoriali.

o Le dimissioni protette sono davvero un tentativo riuscito di integrazione socio-sanitaria sotto le sue molteplici dimensioni (istituzionale, gestionale, operativa)?

Consultori demenze

Presenti nei 7 distretti della provincia anche se con alcuni elementi di diversità. Ad esempio per quanto riguarda i tempi di attesa e le prime visite.

Spunti di riflessione

o La presenza di questi consultori è una dimostrazione di come il sistema di servizi è riuscito a dare una risposta al grande e, per certi aspetti ancora inesplorato, problema della demenza, ed in particolare, dell’Alzheimer.

o Quali valutazioni di impatto di tali servizi?

Strutture residenziali e semiresidenziali convenzionate

Si registra un incremento significativo dei posti convenzionati in 4 anni pari a quasi il 10%, crescita superiore al livello medio regionale. Ancora significativa tuttavia la lista di attesa, nonostante gli altrettanto alti inserimenti effettuati in corso d’anno (2006). Non sono ancora stati raggiunti gli obiettivi regionali recepiti dalle linee di indirizzo della CTSS relativamente al tasso di copertura, anche se complessivamente di poco inferiori. I centri diurni hanno visto anch’essi un significativo incremento di posti (+22,8%).

Strutture residenziali e semiresidenziali autorizzate

Anche questi posti registrano un significativo aumento nel triennio considerato (2003-2006)

Spunti di riflessione

o L’analisi dell’offerta dei posti in struttura presenta un quadro confortante, che sarà ulteriormente migliorato dall’implementazione del FRNA e dall’applicazione della delibera 1206/07.

o Ovunque si registra un aumento di offerta e una sua diversificazione sia qualitativa che quantitativa.

Il sistema offerta per i disabili

Entità del fenomeno

Aumento dei disabili adulti in carico alle USSI disabili (Unità socio sanitaria integrata) in 8 anni (1999-2006) + 42%, con punte di incremento negli ultimi 2 anni.

Spunti di riflessione

o L'universo disabili-adulti in carico ai servizi aumenta. Il fenomeno della disabilità è sempre più multifattoriale: disabilità acquisita, problematiche dovute all'invecchiamento dei disabili, pluripatologie. Così come avviene per la popolazione anziana, anche i disabili, vivendo di più, assommano potenzialmente più problematiche.

Le tipologie di interventi e servizi

Servizi, interventi, strutture e trasferimenti in denaro per l'area disabili al 31/12/2006.

Dato l'aumento della popolazione target si registra un diffuso aumento delle prese in carico in tutte le tipologie di servizi.

Quasi la metà degli interventi (47,6%) afferisce all'area della domiciliarità.

Si registra anche un aumento di Borse lavoro.

Si evidenzia una differenziazione fra i distretti nell'utilizzo della rete dei servizi: alcuni privilegiano le strutture, altri l'intervento al domicilio.

Spunti di riflessione

o Anche per i disabili, la domiciliarità si conferma una politica attuata. Ma al contempo anche il ricorso ai servizi residenziali si dimostra fondamentale soprattutto l'aumentata richiesta di residenzialità dovuta all'invecchiamento dei disabili.

o Quale efficacia dello strumento borsa-lavoro nell'ambito delle politiche per i disabili? È un reale strumento di integrazione?

o Si ripropone una questione già vista per gli anziani. Quali le ragioni delle differenziazioni distrettuali di utilizzo della rete? Una diversa domanda, oppure una diversità nei criteri e nell'individuazione dei requisiti di accesso?

o Quali scelte – se di scelte si tratta – sono maggiormente premianti rispetto all'obiettivo di rispondere ai bisogni delle famiglie?

o La rete di interventi per disabili appare estremamente differenziata. Basti pensare alle 4 tipologie presenti (2 residenziali, 2 semiresidenziali) e alla rete di interventi a supporto della domiciliarità. Ogni tipologia di servizio/intervento cerca di rispondere a bisogni molto diversi: dal supporto tecnologico per il disabile post-trauma, al sostegno alla famiglia per il disabile gravissimo nato prematuro, dall'inserimento socio-lavorativo al centro socio-riabilitativo diurno per il disabile adulto, alla struttura per il disabile sempre più anziano. Molta parte di questi interventi è anche sostenuta dall'associazionismo familiare (nelle sue varie forme giuridiche: cooperative sociali, associazioni di promozione sociale, associazioni di volontariato), partner indispensabile del pubblico nella realizzazione delle politiche. Tali politiche sono attuabili e sostenibili solamente attraverso un coinvolgimento fattivo delle famiglie e della comunità tutta. Si pensi, a titolo di mero esempio, all'importanza del coinvolgimento dell'associazionismo sportivo per la realizzazione di attività per il tempo libero dei disabili (minori e adulti). Il complessificarsi delle problematiche sopra citate, la necessità di integrazione socio-lavorativa e scolastica portano ancora in primo piano l'esigenza di pensare risposte altamente specializzate e diversificate e, di necessità, integrate (con l'AUSL, con la Scuola, con la comunità locale, con il mondo imprenditoriale, ecc).

2.2.3. Povertà ed esclusione sociale

I soggetti portatori di bisogno sono:

- popolazione zingara (rom, sinti) – presenti soprattutto a Bologna
- detenuti: aumentati rispetto al 2000
- senza dimora – concentrati a Bologna con problematiche multifattoriali (es. la maggioranza è anche tossicodipendente)

- immigrati in condizioni di marginalità – cresce il n. di strutture di accoglienza abitativa rivolte a famiglie ma si riduce la capacità di accoglienza (più strutture di piccole dimensioni)
- donne e minori vittime di tratta o vittime di riduzione e mantenimento in schiavitù: l'assenza di un dato certo è supplita dalla ricomposizione di diverse fonti informative. Progetti o attività di specifici enti: si citano le 170 persone che si prostituiscono a Bologna (dati dell'istituzione per l'inclusione sociale) e le 154 persone seguite dal progetto Oltre la strada nel 2007 (in aumento rispetto al 2006). L'Europa dell'Est è l'area di provenienza principale delle persone seguite nei vari progetti.
- Le cosiddette "nuove povertà": nuclei monogenitoriali ed in particolare donne sole con figli, famiglie monoreddito, famiglie numerose, ma anche giovani adulti, padri separati, anziani soli e nuovi cittadini per i quali la condizione giuridica incide in modo maggiormente rilevante nel determinarne il rischio di esclusione.

Spunti di riflessione

- o *Nel comune capoluogo si concentrano le maggiori situazioni di marginalità e bisogno: dalla presenza di rom e sinti, ai senza dimora, alla popolazione detenuta, agli immigrati in condizione di bisogno. A Bologna ovviamente sono anche concentrati il maggior numero di servizi e interventi che vanno dalle strutture di accoglienza abitativa, agli interventi di strada, a numerosi altri servizi (sportelli di ascolto, pronto intervento sociale, drop in etc...)*
- o *Rispondere ad un bisogno complesso come quello che qui si è appena tratteggiato richiede l'azione di diversi soggetti – pubblici e privati – in diversi ambiti – assistenza sociale, ambito abitativo, l'ambito lavorativo e formativo, sanitario, ecc.... Anche la capacità di solidarietà/accoglienza del contesto locale, espressa sia dai singoli cittadini sia da loro organizzazioni (quali volontariato, associazionismo, cooperazione sociale...) sono elementi importanti per contrastare forme di discriminazione e per rispondere a situazioni di bisogno.*
- o *Si ripropone con evidenza una complessa questione: l'area del contrasto al disagio estremo sconta note difficoltà di censimento del bisogno, di reperimento di dati omogenei e confrontabili fra le diverse realtà territoriali, di analisi di trend. La carenza di dati di domanda/offerta ha come conseguenza la mancanza di valutazione organiche del sistema di servizi dell'area, del loro impatto. Quanti sono i poveri e gli esclusi? Chi sono? Che volti prevalenti assume la povertà? Quanti rimangono in situazioni di cronicizzazione intrappolati in meccanismi di tipo assistenziale? Che efficacia hanno le politiche di empowerment rispetto alle quali il territorio bolognese – ed in particolare il capoluogo – ha in passato "fatto innovazione"?*

2.2.4. Immigrazione

Si riprendono qui sinteticamente questioni già emerse nelle aree famiglia ed esclusione sociale e povertà soprattutto per ribadire come l'immigrazione straniera non possa essere 'ridotta' solo alla sua dimensione più problematica (immigrati in condizioni di marginalità o coinvolti in percorsi di illegalità), ma occorra evidenziarne anche il tratto di 'normalità' e di ricchezza.

Alcuni segnali di questa normalità possono essere rintracciati, a titolo esemplificativo, nella presenza, sempre più numerosa, di alunni stranieri nelle scuole di ogni ordine e grado, il numero di stranieri titolari di imprese, il numero di matrimoni misti, il numero di donne in gravidanza seguite dai consultori, la significativa presenza di associazioni interculturali nel territorio provinciale che partecipano alla vita delle comunità locali. Accanto, ovviamente, rimangono le situazioni più problematiche, già citate, legate alla

tratta, alla riduzione in schiavitù, a quanti si trovano in condizioni di grande precarietà economica, abitativa o lavorativa. Quest'ultima condizione in particolare può rappresentare per l'immigrato una variabile strategica per poter mantenere una condizione di presenza legale.

Un altro problema connesso all'immigrazione anche se probabilmente non del tutto correttamente, è la questione dei rifugiati (ai primi di febbraio 2007 sono 375 con prevalenza di asilo politico e motivi umanitari).

Spunti di riflessione

- o Occorre riflettere sul rapporto tra genere e lavoro. Le opportunità lavorative sono ristrette ad alcune specifiche attività; le assistenti famigliari, dal 2006 il trend è tornato ad aumentare, rimandano ad un problema di connessione tra diverse politiche (dei servizi, del lavoro in primis). Da non dimenticare la condizione di isolamento vissuta da molte donne (assistenti famigliari o donne arrivate tramite ricongiungimento familiare) in quanto prive di reti relazionali;*
- o l'accesso alla casa che per la popolazione immigrata è reso talvolta più difficoltoso da diffidenza e discriminazione*
- o l'accesso ai servizi socio-sanitari: la presenza di azioni mirate a questo target di popolazione tramite, ad esempio, la figura di mediatori interculturali o informazioni tradotte è strategico per rendere effettivamente accessibili tali servizi.*

2.2.5. Salute e servizi sanitari

La salute della donna: la gravidanza ed il controllo della gravidanza

La media delle visite di controllo durante la gravidanza è di 7 in tutti i distretti tranne a Bologna dove la media è di 5.

Emerge un elevato ricorso al taglio cesareo più nelle donne italiane che nelle straniere (30% vs. 27%) ed il trend è in crescita. La causa va riscontrata nell'aumento dei parti pluri (il 90% dei quali avviene con questa modalità) e nella tendenza ad avere figli in età sempre più avanzata.

Il 47% delle donne gravide viene seguita dai Consultori familiari valore in linea con il dato regionale; questa percentuale va dal 33% di Porretta al 53% di Bologna ciò è probabilmente da imputare alle diverse abitudini locali, alla differente composizione della popolazione femminile e alle diverse sensibilità socio-culturali.

Le IVG dal 2002 sono in leggera calo, stabili nell'ultimo biennio, la percentuale di IVG di donne straniere è, invece, cresciuta negli ultimi anni e tende alla stabilità.

La salute del bambino

La prevenzione

La copertura vaccinale nella Provincia di Bologna è elevata, arrivando a circa il 97% per la DT-Polio—HBV a 24 mesi, il 95% per l'Hib e più bassa l'antimorbillo e antirosolia. Nel capoluogo si rilevano i valori più bassi probabilmente per la difficoltà a raggiungere certi sottogruppi di popolazione e per una quota superiore di rifiuti all'esecuzione. I valori più alti si registrano, a Porretta (ma solo per le vaccinazioni a 24 mesi), Imola e nei distretti pianura Est ed Ovest

I servizi di cura

I minori seguiti dai centri di neuropsichiatria infantile sono circa il 7% dei residenti in età 0-18 anni.

La salute della donna e dell'uomo

la prevenzione

Sono attivi tre screening: per carcinoma mammella, carcinoma collo dell'utero e carcinoma colon-retto di recente istituzione. Se per gli screening meno recenti la copertura della popolazione target è in linea con il dato regionale, per quello del colon-retto restano ancora ampi margini di miglioramento. Permane ancora il problema di minore accesso da parte della popolazione di origine straniera.

La salute mentale

I casi seguiti dai **Centri di Salute Mentale** presenti in provincia sono pari al 2,05% della popolazione residente.

Nel 2006 sono stati presi in cura dai Ser.T 3.383 utenti **tossicodipendenti** nell'area metropolitana di Bologna e 453 in quella di Imola.

Il profilo generale dei soggetti con problemi dovuti all'uso di sostanze pesanti vede età media 35 anni, 17% femmine, 16% stranieri, uno su cinque è stato in Carcere. Sulla popolazione target (15-45 anni) la prevalenza è di 9,2 x 1000 residenti tra i maschi e 2,5 tra le femmine (7,8 in totale); si stima un numero oscuro di consumatori problematici di sostanze "pesanti" pari a 5.819 soggetti, dato in aumento.

Nel corso degli anni si è verificato un aumento costante dei tossicodipendenti seguiti dai Ser.T. dovuto in particolare, ad un aumento delle prese in carico da parte dell'équipe carcere. Il quadro sanitario vede l'aumento del numero dei positivi all'epatite C rispetto al 2005. La mortalità per gli eroinomani è in tendenziale diminuzione, soprattutto per il calo della mortalità per AIDS. Le cause di decesso sono cirrosi, malattie dell'apparato respiratorio e malattie del sistema circolatorio, neoplasie (tumori maligni del polmone), incidenti stradali, suicidi e omicidi.

L'Overdose tra i tossicodipendenti è un'esperienza abbastanza frequente: i fattori maggiormente associati sono l'età di inizio della tossicodipendenza, la gravità della dipendenza, l'uso concomitante di altre sostanze, l'uso di Alcol.

Inoltre hanno un alto rischio i consumatori occasionali ed alle prime esperienze (dosaggio sbagliato, scarsa conoscenza della composizione delle sostanze, circostanze particolari) ed i tossicodipendenti dopo un periodo di astinenza (uscita dal Carcere, dalla comunità, ecc.). Tra gli effetti "protettivi" vanno segnalati l'aumento della quota di soggetti che sono potuti entrare in contatto con i servizi in seguito all'abbassamento della soglia di accesso, la messa a regime delle politiche di riduzione del danno nel territorio, una maggior consapevolezza del rischio da parte dei tossicodipendenti.

Si stimano, inoltre oltre 7.000 soggetti con problemi alcol correlati, rispetto agli anni precedenti la stima è in aumento per i residenti e gli stranieri e in calo per i non residenti. Si registra un costante aumento dell'utenza alcolista nei Ser.T. che passa da 323 soggetti agli attuali 1067.

I 2.463 soggetti che nel 2006 si sono rivolti ai Ser.T. metropolitani (a cui si aggiungono 322 nei Ser.T di Imola) per problemi alcol correlati sono prevalentemente maschi, età media 48 anni, 90% residenti in area metropolitana.

Spunti di riflessione

- o La donne in gravidanza sono ben seguite dai servizi presenti sul territorio di Bologna e Provincia; ma rispetto al passato le donne fanno figli in età più avanzata e questo contribuisce ad aumentare la "medicalizzazione" della gravidanza e del parto: i cesarei sono in crescita. . In diminuzione le Interruzioni Volontarie di Gravidanza ma non nelle donne straniere.*
- o La prevenzione vede punti di forza nelle vaccinazioni e negli screening, per cui si registrano tra i più alti tassi di copertura, anche se ci sono ancora margini di miglioramento, soprattutto per alcune fasce di popolazione (es.: stranieri)*
- o Preoccupante l'alta percentuale (7%) di minori in cura nei centri di neuropsichiatria; mentre poco più del 2% sono gli adulti seguiti dai Centri di Salute Mentale; questo*

impone di porre una maggiore attenzione al momento dell'insorgenza del disagio mentale: è più precoce?

o Alla malattia mentale si affianca l'aumento del numero di utenti seguiti dai Ser.T., molti di questi seguiti in carcere. Aumenta anche l'utenza alcolista; in entrambi i casi si tratta di una popolazione composta principalmente da maschi adulti, più giovani i tossicodipendenti (35 anni) rispetto agli alcoolisti (48 anni).

2.3 - Per tentare una sintesi

Premessa

Il nuovo Piano Sociale e Sanitario 2008-2010 contiene esplicito riconoscimento al fatto che una politica per la salute e il benessere sociale, per essere efficace, deve andare oltre la semplice assistenza sociale e sanitaria.

Una politica pubblica per la salute, che intende migliorarla e ridurre le disuguaglianze, deve intervenire in più di un ambito/settore, data la molteplicità dei determinanti di salute e di malattia. Questo orientamento innovativo è supportato dall'evidenza che il benessere individuale e collettivo sia influenzato e determinato da molti fattori, a partire da quelli individuali e non modificabili (genetica, sesso, età) e che non dipendono esclusivamente dal funzionamento del sistema sanitario o di altri sistemi (assistenza, istruzione, trasporti, ecc.); sempre maggior incisività assumono altre componenti del contesto sociale, quali l'ambiente (es. qualità dell'aria), lo stato socio-economico (es. occupazione, reddito), gli stili di vita (es. alimentazione, fumo).

Pertanto il perseguimento della salute e del benessere sociale di una comunità necessita sia dell'azione congiunta di molte istituzioni, in primis degli enti locali, e gruppi organizzati, sia dell'attivazione di interventi che tendano a modificare/migliorare i fattori sociali, economici, culturali ed ambientali responsabili della perdita di salute. Queste osservazioni, trovano ragione anche in studi che, specialmente negli ultimi anni, confermano queste valutazioni teoriche: i fattori socio-economici e gli stili di vita incidono in larga misura sulla longevità delle comunità, utilizzata come indicatore indiretto della salute; seguono le condizioni ambientali; a lunga distanza i servizi sanitari, comunque onerosi per la collettività. Inoltre, a situazioni di deprivazione economica e culturale si associano situazioni di precarietà di salute e di mortalità: persone meno abbienti e meno istruite sono più spesso esposte a situazioni di mortalità correlata a lunghi periodi di povertà e svantaggio (per malattie respiratorie o tumori allo stomaco), a stili di vita insalubri (abitudine al fumo, ma anche mortalità per tumore del polmone; sovrappeso e malattie cardiovascolari e diabete) ed infine all'accesso ed uso delle cure (ammalarsi di tumore a prognosi sfavorevole e sopravvivenza; prevalenza di persone con insufficienza renale e probabilità di ricevere un trapianto; incidenza di ricoveri per infarto e by-pass coronarici; sopravvivenza di persone con AIDS). In sintesi, è provato che nei paesi cosiddetti sviluppati le disuguaglianze socio-economiche condizionano lo stato di salute.

2.3.1. - La qualità della vita: casa e lavoro fra luci e ombre

Il tessuto socio-economico del bolognese non sembra presentare particolari elementi di criticità evidenziando ancora caratteristiche di solidità e capacità di tenuta.

Non mancano però spie di "fragilità emergenti" da monitorare dovute alla difficoltà di poter fruire di beni primari una volta più accessibili per tutti: casa, lavoro. A tali "beni", che fanno la qualità della vita in modo prioritario, le giovani generazioni possono accedere solo se

supportate dalla rete familiare di origine, in particolare per quanto riguarda la casa. Il tema dell'accesso al mercato del lavoro è certamente un tema complesso che non si può non considerare laddove si parli di "benessere di una comunità". Qui si accenna solo ad un particolare aspetto che riguarda le giovani donne, istruite, e quindi potenzialmente disponibili alla maternità, ma anche desiderose di lavorare. Tale questione introduce alcuni nodi problematici che non sembrano trovare risposte adeguate. Ancora troppo scarsi anche nel territorio bolognese, con le più alte percentuali di presenza femminile sul mercato del lavoro, interventi efficaci di conciliazione. Più in generale, va tuttavia ribadito che nel territorio le opportunità lavorative non mancano e la disoccupazione è frizionale. Ciò consente, soprattutto ai più giovani, di trovare comunque modalità di sopravvivenza, anche se componendo diverse strategie (effettuazione di più lavori non di rado meno qualificati rispetto al titolo di studio posseduto, accettazione di situazioni di precariato in vista di contratti più stabili, ecc.). C'è da chiedersi quanto il sistema complessivo sia sostenibile agli attuali positivi livelli sul lungo periodo.

2.3.2 - Qualità della vita e benessere: la salute è anche una questione di stile

Un ambiente più a misura di salute

Le conseguenze dell'inquinamento atmosferico sulla salute, prodotto in grande prevalenza dal traffico veicolare, sono sempre più vistose. Per queste ragioni l'autovettura da oggetto emblematico della libertà di muoversi, viene ora percepito anche come uno dei maggiori responsabili di danni alla salute. Occorre pertanto fare convergere gli sforzi sulla maggiore consapevolezza della stretta relazione fra salute e ambiente.

Più in generale, il miglioramento delle condizioni ambientali – e di conseguenza della salute individuale – può derivare in maniera significativa dal saldo intreccio fra scelte politico-amministrative (le sole in grado di attivare interventi strutturali con effetti incisivi) e comportamenti dei singoli (ridurre l'uso dell'auto, differenziare i rifiuti, ridurre il consumo e lo spreco energetico, ecc.) che possono/non possono scegliere stili di vita più orientati alla salute e al benessere individuale e collettivo, laddove ciò è reso possibile.

Come ci 'muoviamo'...

...nei percorsi casa–lavoro. Nel territorio provinciale il pendolarismo è fortemente aumentato nel corso degli ultimi decenni in relazione ad un forte processo di redistribuzione demografica. A ciò non ha fatto riscontro un significativo potenziamento del trasporto pubblico.

...nei percorsi casa–scuola. Uno degli spostamenti più frequenti in cui si usa il mezzo privato è quello casa–scuola. L'incremento del traffico "scolastico" è in aumento anche perché i genitori accompagnano sempre più spesso i loro figli a scuola, anche quando frequentano la media superiore. I figli sono accompagnati a scuola per ragioni di "sicurezza", anche quando l'abitazione dista solo poche centinaia di metri.

...negli spostamenti "casa–tempo libero". Uno dei punti di maggiore attenzione di traffico privato sono i centri commerciali e, in minor misura, i luoghi di incontro/socializzazione/divertimento/sport per adulti e bambini.

La cultura della sicurezza sulla strada e sul lavoro

Pur ridotto il numero delle vittime degli incidenti stradali, è ancora però significativo il numero di traumi da essi derivati che provocano disabilità acquisita. Aspetti che modificano in senso deteriore gli stili di vita. Anche gli infortuni sul lavoro restano un problema sia in termini di numerosità che di gravità. In particolare questa situazione è molto critica in alcuni settori produttivi: comparto costruzioni, trasporti, logistica, facchinaggio e manutenzione degli impianti. Resta il fatto che la provincia di Bologna presenta tassi di infortuni sempre leggermente inferiori al dato medio regionale.

Mangiare bene, stare bene...

Come più volte ribadito, gli stili di vita rappresentano una priorità di salute, non solo in quanto le scelte individuali in tema di alimentazione, fumo, alcol ed attività fisica influen-

ziano fortemente la salute, ma anche perché si distribuiscono in modo disomogeneo nella popolazione in relazione al diverso contesto socio-culturale, influenzando in tal senso le disuguaglianze in salute.

Si mangia per vivere? Anche nel nostro contesto provinciale si sono evidenziate diverse tendenze, di diverso segno: si mangia sempre più fuori casa; frutta e verdura sono consumate tra le classe più agiate; si è fortemente condizionati dai messaggi e dai modelli estetici e salutistici; si enfatizza il piacere indotto dall'assunzione del cibo e di alcuni alimenti. Ma anche è rintracciabile una maggiore consapevolezza sul rapporto alimentazione-salute e una maggiore attenzione alla sicurezza dei cibi.

L'analisi delle abitudini alimentari di bambini e adolescenti, inoltre, mostra il diffondersi di un modello alimentare ad alto tenore calorico ed ad uno stile di vita troppo sedentario.

Si consumano i pasti in misura sempre maggiore fuori di casa. L'analisi del rapporto con l'alimentazione deve quindi anche considerare gli aspetti relativi alla ristorazione collettiva e alla refezione scolastica. La ristorazione collettiva, divenuta un fenomeno che interessa ormai vasti strati della popolazione di Aziende e di Enti sia pubblici che privati, richiede, insieme al monitoraggio costante della qualità del cibo, la promozione e la diffusione di informazioni e conoscenze precise e puntuali dei consumatori, sulla base delle quali favorire lo sviluppo della consapevolezza e di una coscienza critica. Rispetto alla ristorazione scolastica si evidenzia una buona qualità complessiva delle materie prime utilizzate, una discreta varietà, una forte presenza delle AUSL con sorveglianza e consulenza sull'aspetto "dietetico" e sulle "diete speciali". Si rileva infine una intensa attività formativa e di aggiornamento del personale che opera nelle cucine; alta professionalità e consapevolezza è dimostrata dai Comuni nella stesura dei capitolati d'appalto.

Mangiare male, stare male

I dati, anche nel territorio provinciale, confermano nessi fra mortalità e cattive abitudini alimentari (la causa di morte più frequente associabile ad abitudini alimentari specifiche è rappresentata dalle malattie ischemiche cardiache).

È ora di muoversi!

E' altrettanto consolidato che l'attività motoria assume un grande rilievo nel prevenire molte patologie: cardiovascolari, metaboliche, osteoporosi ed alcune forme di cancro. È dimostrato inoltre che l'attività fisica regolare, oltre a permettere di tonificare la massa muscolare con una ricaduta positiva sulla massa grassa, sull'umore e sui livelli di auto-stima, ha un ruolo protettivo nei confronti delle più importanti patologie, quali quelle osteoarticolari, cerebro e cardiovascolari e metaboliche.

Cultura del bere e non solo abuso di alcol

L'alcol è elemento fortemente radicato nella cultura del nostro territorio, ricco di aziende vinicole e, nella sua economia, viene proposto come simbolo di forza e di successo, di piacere. Tuttavia, l'abuso di alcool è un problema in espansione nel territorio della provincia di Bologna, anche tra le fasce giovanili della popolazione.

La salute va...in fumo

Pur riducendosi l'abitudine al fumo, che rappresenta tuttavia uno dei principali fattori di rischio di malattia e di morte, rimane alta la quota di fumatori tra i giovani e tra le donne.

2.3.3. - La qualità della vita: le relazioni, la comunità, la sicurezza

Il benessere di una comunità appare altresì significativamente connesso non solo a fattori oggettivo-materiali ma anche alla percezione della realtà. Ciò è particolarmente evidente rispetto al divario emerso dalle indagini locali, ma anche nazionali, che hanno provato a confrontare i tassi di criminalità reali e la percezione che i cittadini hanno del rischio nel proprio contesto di vita. L'analisi dei dati mostra alcuni spunti di riflessione interessanti per l'impostazione delle politiche pubbliche.

In primo luogo, emerge una considerazione forse banale, ma molto rilevante, legata al divario tra i dati sulla percezione della sicurezza nel contesto bolognese e nel resto della provincia. Tale differenza appare in parte connessa all'effettiva maggiore incidenza dei fatti criminosi in città ma, almeno in parte, evidenzia anche l'importanza del rapporto tra i cittadini ed il proprio territorio e della coesione sociale rispetto alla percezione del rischio. Conoscere in modo più approfondito il proprio territorio, la sua conformazione ed i suoi abitanti, come più facilmente avviene in contesti di piccole dimensioni, contribuisce a creare un clima di fiducia e ad accrescere il senso di protezione nei cittadini. **Vivere e partecipare lo 'spazio pubblico' rappresenta un forte antidoto alla paura dell' 'altro'**, nei luoghi popolati dalla comunità l'attenzione altrui è una protezione da possibili rischi, qui 'la gente' non rappresenta una minaccia ma una possibilità di soccorso in caso di necessità. Viceversa gli spazi 'non vissuti' possono diventare non solo percettivamente ma anche realmente pericolosi: è qui infatti che si creano le occasioni per lo svolgimento di attività illecite, dove le donne non se la sentono di uscire da sole, dove non ci sono luoghi che accolgano i bambini ed i ragazzi e che offrano anche ai loro nonni e genitori la possibilità di incontrarsi, confrontarsi, stringere nuovi rapporti con i propri 'pari'.

Emerge quindi l'importanza di sollecitare l'utilizzo degli spazi pubblici da parte dei cittadini di ogni età e di stimolare il superamento della solitudine e dell'isolamento in favore di una coesione ed integrazione sociale allargata ed aperta.

In secondo luogo, appare rilevante evidenziare il **ruolo dei media** sulla visione della realtà, sul rapporto tra i cittadini ed il proprio territorio e quindi sulla loro stessa qualità della vita. La possibilità di accesso ad una quantità ampia e variegata di fonti di comunicazione, notizie, punti di vista, informazioni a volte anche poco coerenti tra loro e comunque spesso non direttamente verificabili può finire per creare nei cittadini un senso di disorientamento. La sovraesposizione all'informazione rischia non solo di non accrescere le conoscenze e le competenze rispetto alla realtà, ma di creare al contrario nuove ansie. **Un sapere 'fai-da-te'**, che non è frutto di un confronto tra esperienze concrete e di una riflessione approfondita, allargata e condivisa, ma in misura maggiore un assemblaggio di informazioni fatto in modo individuale, o alla meglio, in gruppi ristretti ed omogenei rischia di incidere in maniera negativa sulla percezione della realtà e sul rapporto col proprio contesto di vita. Di qui, ancora una volta, l'importanza di occasioni per una riflessione condivisa e per il confronto tra visioni differenti del mondo, per stringere legami, condividere paure, dubbi, ma anche possibili soluzioni.

A tal proposito si conferma il valore delle scuole e della formazione nella creazione di una **'comunità competente'**, capace di riflettere ed utilizzare strumenti culturali di approfondimento e confronto su temi e problemi rilevanti per il proprio contesto e la società più complessiva.

In terzo luogo, si evidenzia l'importanza dell'integrazione economica anche nella percezione del rischio: come già rilevato, le percezioni sulla sicurezza legale e sulla sicurezza economica sono connesse e co-variano nel tempo ed anche nello spazio. Evidentemente il benessere economico, l'inclusione lavorativa, la stabilità abitativa, una minore disparità nella diffusione del reddito procapite, ecc., possono creare un senso di soddisfazione più complessivo che implica anche una migliore disposizione verso il proprio contesto di appartenenza e la sensazione di una maggiore tutela dal rischio. Un punto di attenzione importante riguarda quindi l'incidere della sicurezza economica sul benessere complessivo dei cittadini: **investire sull'inclusione lavorativa, abitativa, culturale e sociale, migliora la vita dei cittadini e li rassicura.**

La qualità della vita, connessa ai dati reali ma anche alla percezione del luogo che si abita, è almeno in parte frutto del rapporto tra i cittadini e la propria comunità. A tale proposito, le analisi sul **capitale sociale**, che mirano in qualche modo a 'misurare' l'intensità di tali rapporti, fanno emergere risultati molto positivi per la provincia di Bologna, in particolare per quanto riguarda la partecipazione sociale, la fiducia nelle istituzioni, la tenuta delle reti familiari ed amicali di supporto reciproco.

Emerge ancora una volta l'importante **influenza dei mass media** sulla vita dei cittadini. L'utilizzo di uno strumento di informazione piuttosto che un altro può dare vita a differenti

stili partecipativi: chi partecipa meno fruisce più frequentemente della televisione, e nuove forme di partecipazione, in crescita, appaiono legate anche alla possibilità di accesso alle fonti informative di nuova generazione. In tal senso appare opportuno segnalare la rilevanza del digital divide, termine col quale si fa riferimento alla disparità esistente tra chi è in grado di usufruire di tecnologie informatiche e chi non lo è: divario che appare collegato a sua volta con l'età anagrafica, il livello di istruzione, le condizioni economiche e che può tramutarsi in un nuovo fattore di inclusione/esclusione sociale.

Le forme partecipative, quindi, stanno cambiando. Occorre evidenziare che il 'capitale sociale', antidoto a molti dei malesseri di una società complessa (il disorientamento, la solitudine, ecc.), come le altre forme di capitale, può accumularsi ma anche essere dilapidato. **Che ruolo avranno le istituzioni rispetto alle forme di partecipazione che si vanno definendo?** In che modo possono supportare e valorizzare queste importanti 'reti', concrete o virtuali, che trasformano gli individui in cittadini di una comunità?

In ultimo non va trascurato l'emergere di una difficoltà di ordine relazionale-psicologico che a fronte di confortanti visioni dei rapporti di amicizia e famigliari, di condizioni di salute ritenute soddisfacenti, di un'elevata fiducia personale verso gli altri, evidenzia non trascurabili sintomi di depressione e una diffusa ansia per il futuro.

2.3.4. - Risposte vecchie e nuove a bisogni che cambiano

Fra benessere e malessere

L'analisi del sistema complessivo dell'offerta non di rado propone un certo 'affaticamento' dei servizi nel continuare a dare risposta ai bisogni dei cittadini che sono effettivamente in aumento, ma anche sempre più diversificati.

Ciò non può essere sconnesso dal dato delle dinamiche demografiche, che evidenziano una crescita della popolazione potenzialmente bisognosa di cura, educazione, ecc. (anziani, disabili, minori in particolare); ma anche all'aumento delle cosiddette malattie del benessere (obesità), nonché dall'aumento di situazioni di disagio ed estraneità sociale che si concretizzano in problematiche di dipendenza (da fumo, da alcool, da sostanze anche se con trend diversi) e di disagio psichico. Cattivi stili di vita incidono fortemente sull'aumento del bisogno di cura, espresso e non.

Sfide e risorse di una società oggi multietnica

Una società sempre più multiculturale porta con sé ricchezze, ma anche problematiche diverse, non di rado di emergenza, da affrontare nel quotidiano. L'esigenza di costruire efficaci percorsi di accoglienza e di integrazione per i cittadini stranieri rappresenta per i servizi (educativi, sociali, sanitari, lavorativi/formativi) una sfida impegnativa. I dati sui risultati scolastici negativi degli studenti stranieri, l'inserimento lavorativo delle donne immigrate quasi esclusivamente in attività di cura o pulizia, l'aumento degli episodi discriminatori rappresentano segnali di una 'fatica' di questi cittadini ad inserirsi nella società italiana/bolognese. L'immigrazione straniera, sempre più di tipo famigliare, porta con sé, per i servizi, problematiche 'vecchie' (quali, ad esempio, la precarietà economica o il problema dell'accesso ad un'abitazione), ma anche questioni 'nuove' da connettere alla specifica condizione di migrante (dai ricongiungimenti famigliari, al tema delle cosiddette seconde generazioni solo per fare alcuni esempi) che richiedono ai servizi medesimi di attrezzarsi con adeguate competenze interculturali.

Per quanto riguarda la dimensione di genere, per alcuni nazionalità, è in gioco il cammino verso una più solida identità individuale e sociale in relazione ad un rapporto che le donne intrattengono con il mercato del lavoro e alla loro partecipazione alla vita della comunità locale. Di certo va rimarcato come l'immigrazione rappresenti una risorsa importante per il mercato del lavoro in alcuni settori e mestieri (emblematico il caso delle assistenti famigliari) e, più in generale, attraverso prelievi fiscali e contributi previdenziali; da non dimenticare, anche nel contesto bolognese, la presenza di situazioni di riduzione e

mantenimento in schiavitù che portano i percorsi migratori a connettersi alla criminalità o a situazioni di illegalità.

Un ambito territoriale con il capoluogo

Le peculiarità dell'area territoriale della Provincia di Bologna sono bene evidenziate dai dati proposti: il capoluogo, città di media dimensione, ma con caratteristiche di area metropolitana, raccoglie fasce significative di disagio più o meno conclamato, grave, ed in ogni caso sfaccettato. Emblematico il dato dei minori stranieri non accompagnati comunque raddoppiati in pochi anni a Bologna-città. Il tema della concentrazione del disagio estremo nel capoluogo non è certo nuovo, come testimonia l'elevata presenza di situazioni di disagio adulto e povertà estrema (ad esempio, senza fissa dimora) che confluiscono in carico ai servizi bolognesi. Inoltre, il mutare continuo delle problematiche relative all'esclusione sociale in senso lato, il modificarsi del bisogno che arriva ai servizi (nella percezione degli operatori) rendono ancora più complesso offrire risposte armoniche e tempestive, in particolare riguardo alle 'nuove' povertà.

Occuparsi di famiglia: fra agio e disagio, fra cura e assistenza, fra auto e non autosufficienza

Gran parte del sistema di offerta cerca di rispondere ai bisogni mutevoli delle famiglie che sono in misura sempre maggiore composte da soli anziani. Si vive di più, aumentano le possibilità di non vivere bene, di non essere autosufficienti. Anziani, disabili presentano bisogni vecchi e nuovi cui fare fronte.

La rete di servizi per anziani si presenta oggi significativamente potenziata (in tutte le tipologie di servizi) e qualitativamente diversificata. I presupposti del Fondo regionale della non autosufficienza (FRNA), il sostegno alla domiciliarità e l'integrazione socio-sanitaria sembrano trovare significative applicazioni nel territorio bolognese. Il sistema generalmente non sembra in affanno, anche se non mancano in questo settore fasce di bisogno nuove cui si cerca di dare risposta. Ma non si può rinunciare a **valutare i servizi, rivederne le vocazioni** (emblematici casi del centro diurno, dell'assistenza domiciliare, ad esempio) proprio per utilizzare al meglio le significative risorse, frutto di una precisa scelta politica e della corresponsabilizzazione dei cittadini.

Per quanto riguarda i disabili, appare evidente l'aumento del carico per i servizi, dovuto al complessificarsi delle patologie legate all'universo disabili. Da diversi anni viene implementata la rete di servizi residenziali, domiciliari, di prossimità. E tale implementazione comporta la stretta connessione fra politiche sociali, sanitarie, scolastiche, di inserimento lavorativo, adattamento ambientale e domestico, ecc. Anche per questo comparto delle politiche sarà dirimente l'impulso innovativo che può provenire dall'utilizzo del FRNA per la parte di competenza.

Pur con differenziazioni fondamentali fra i due target di popolazione, il sistema dell'offerta presenta alcuni tratti comuni.

In generale, si assiste ad una differenziazione dell'accesso alla rete dei servizi (soprattutto fra residenzialità e domiciliarità) **a livello distrettuale, sia per gli anziani che per i disabili**. Questo dato induce possibilità di confronti fra politiche dei servizi per verificare se e quali scelte risultano maggiormente efficaci.

Ma le famiglie sono anche le famiglie con figli minori.

In risposta alle complesse ed articolate esigenze dei minori in difficoltà a causa dell'ineadeguatezza (o assenza) genitoriale esiste un sistema anche diversificato di servizi territoriali e di comunità di accoglienza, ma alcuni dati suggeriscono quanto sia ancora opportuno riflettere su efficacia e impatto di tali servizi.

L'arginare o il risolvere tali situazioni implica un enorme lavoro degli operatori, competenze sempre da aggiornare, necessità di un sostegno psicologico ed organizzativo data la gravosità delle situazioni che si incontrano.

Quindi: non mancano elementi positivi già citati (generale diversificazione dell'offerta, aumento delle situazioni di affidamento in seguito a tutela, implementazione del personale per l'adozione, ecc.) che però scontano un problema di fondo, dovuto anche alla inevitabile attrazione esercitata dal polo bolognese: l'offerta sembra non bastare!

Analogo discorso vale per il sostegno alla genitorialità nelle sue molteplici forme. L'implementazione ed il rafforzamento dei servizi educativi, integrativi, innovativi ha dato sicuramente buoni frutti. Anche perché si è avuta una buona valorizzazione delle sinergie pubblico-privato, e una buona differenziazione dell'offerta, in taluni casi un'armonizzazione delle politiche a livello distrettuale.

Famiglie, significa anche famiglie immigrate: quelle che hanno bambini hanno forse qualche "carta in più" a favore della più complessiva integrazione. I dati significativi di presenza di bimbi immigrati nelle scuole (dall'infanzia, alle primarie di primo e secondo grado) sono il segnale di una convivenza già esistente nel quotidiano.

Anche il "sistema scuola" risente di qualche fatica testimoniata dai non trascurabili indicatori di insuccesso scolastico, irregolarità/ritardo.

La complessità e l'intrecciarsi delle politiche per la famiglie e per i minori con altre politiche (migratorie, del lavoro, abitative, ecc.) suggeriscono la valorizzazione, in ultima istanza, di interventi più strutturati di integrazione del comparto sociale con tali politiche: un'integrazione gestionale ed operativa, giocata nel quotidiano lavoro degli operatori entro un sistema più complesso di politiche welfare regionali che fa di questa integrazione la bandiera principale (leggi Piano sociale sanitario regionale).



Parte III

Indirizzi e priorità strategiche

3 - INDIRIZZI E PRIORITÀ STRATEGICHE

L'Atto di indirizzo si colloca al punto di partenza di una nuova fase della programmazione sociale e sanitaria, nella quale assumono ancora maggior importanza rispetto al passato gli obiettivi dell'integrazione e della collaborazione fra i diversi soggetti che contribuiscono alla salute e al benessere sociale dei cittadini.

Di conseguenza, esso viene elaborato in un'ottica di ricomposizione degli obiettivi di benessere e di salute, ponendo al centro i bisogni della persona.

Pertanto, si tenta di definire le priorità di intervento a partire dalla prospettiva ampia dei bisogni comuni a tutta la popolazione, per concentrarsi in seconda istanza sulle priorità relative a bisogni di salute e di benessere sociale comuni a determinati gruppi sociali e poi approfondire ulteriormente le priorità specificamente connesse alla tutela della salute.

In relazione a queste ultime, vengono evidenziati e approfonditi gli impegni che il Comitato di coordinamento delle CTSS di Bologna e Imola chiede in particolare alle Aziende sanitarie di assumere, tanto in sede di definizione del PAL che nel contesto degli atti di programmazione aziendale ex LR. 50/1994 art. 4 e degli altri atti di programmazione, con un focus particolare relativo alla pianificazione strategica decennale in corso di elaborazione da parte dell'Azienda USL di Bologna.

3.1 - Principi

Tutela del diritto fondamentale al benessere e alla salute in tutte le politiche

La Conferenza territoriale sociale e sanitaria di Bologna e il Nuovo circondario imolese considerano il benessere delle persone, inteso nella sua globalità, una condizione imprescindibile della convivenza civile e dello sviluppo del territorio.

Nel perseguire tale benessere, considerano imprescindibile una visione ampia e integrata dei fattori che concorrono a determinarlo, e quindi pongono particolare attenzione ai diversi determinanti della salute e del benessere, che non dipende soltanto dall'assistenza sanitaria o sociale ma anche da determinanti socioeconomiche che riguardano più in generale la coesione sociale e la qualità della vita e del territorio.

Di conseguenza, questo Atto di indirizzo fa riferimento innanzitutto alla necessità di perseguire la salute e il benessere sociale non soltanto attraverso le politiche specificamente rivolte all'assistenza sanitaria o sociale, ma considerando la salute al centro di tutte le politiche.

Centralità della persona, uguaglianza ed equità di accesso alle prestazioni ed ai servizi

La grande sfida posta dal Piano sociale e sanitario, a cui questo Atto fa riferimento, ci impegna a un profondo ripensamento del sistema di welfare, che superi le visioni riduttive e settoriali centrate sull'organizzazione dei servizi per porre al centro la persona, con la complessità dei suoi bisogni, assicurando coerenza e continuità ai suoi percorsi di cura e assistenza.

Questa sfida viene raccolta dalla CTSS e dal NCI nella consapevolezza che la capacità di accedere alle informazioni e alle relazioni per costruire e dare continuità ai propri percorsi di cura è una grave discriminante per la tutela della salute dei cittadini, e che questo cambiamento di prospettiva sia un passaggio indispensabile per garantire uguaglianza, equità di accesso e libertà di scelta consapevole del proprio percorso di cura a tutti i cittadini.

In relazione a questo principio, la CTSS e la NCI, quale livello intermedio di coordinamento delle politiche locali, si impegnano a perseguire l'obiettivo dell'integrazione delle politiche e dell'equa ripartizione delle risorse sul territorio, e a garantire a tutti i cittadini del proprio territorio uguali opportunità di accesso alla cura e all'assistenza e uguali livelli di tempestività e di continuità di cura su tutto il territorio.

Partecipazione dei cittadini

La CTSS e il NCI riconoscono come parte integrante del diritto dei cittadini a compiere scelte consapevoli per la propria salute la partecipazione dei cittadini e delle loro forme associative alla definizione delle prestazioni, della organizzazione dei servizi e della loro valutazione, indicata come principio fondamentale del Servizio sanitario regionale dalla legge 29/2004.

3.2 - Priorità trasversali

Prima di approfondire le priorità legate ai bisogni di specifici gruppi di popolazione, si ritiene opportuno sottolineare alcuni indirizzi comuni, legati ad esigenze di sviluppo e bisogni che sono trasversali a tutta la popolazione, e in particolare:

- Promozione del benessere e prevenzione in tutti i contesti di vita
- Preservare ed arricchire il "capitale sociale" del nostro territorio
- Partecipare alla rete Città Sane per la promozione del benessere delle comunità locali
- Innovazione orientata all'inclusione e alla personalizzazione dei servizi
- CUP 2000 per l'innovazione
- Integrazione istituzionale, comunitaria, gestionale e professionale
- Consolidamento e ulteriore sviluppo di un sistema a rete di relazioni istituzionali a livello distrettuale
- Valorizzazione delle risorse umane
- Consolidamento e ulteriore sviluppo di un sistema di accesso integrato ai servizi basato sugli sportelli sociali.

Promozione del benessere e prevenzione in tutti i contesti di vita

Si riconfermano in questa sede i principi definiti nei Piani per la salute, a partire dalla consapevolezza che la tutela della salute non si riduce a interventi di natura specificamente sanitaria, ma richiede una prospettiva di analisi e di intervento ad ampio raggio, che consideri l'impatto dell'insieme delle politiche (e non solo di quelle sanitarie) sulla salute e il benessere della popolazione, e di conseguenza impegni tutti gli attori del territorio ad intervenire:

- sulle determinanti socioeconomiche della salute
- sull'empowerment dei cittadini e la comunicazione del rischio.
- sugli stili di vita
- sulle determinanti ambientali
- sulla promozione della sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro

In particolare, si ribadiscono gli impegni contenuti nei Patti per la salute sottoscritti nel territorio bolognese :

- impegno in azioni intersettoriali ed integrate, fortemente orientate alla promozione della salute ed alla prevenzione;
- sostegno all'inclusione e all'integrazione tra diversi attori sociali, punti di vista, conoscenze e professionalità;

- contribuito a contrastare le disuguaglianze in salute, originate dalle disuguaglianze economiche e sociali;
- contribuito a sostenere il diritto alla salute promuovendo equità e universalità di accesso ai programmi di prevenzione e di accesso alle cure;
- priorità verso scelte di strategie partecipative ed interventi di provata efficacia ed appropriatezza.

Determinanti socioeconomiche della salute

Si sono acuite problematiche, come quelle delle **disuguaglianze in salute** sulle quali è opportuno perseguire obiettivi di carattere sia conoscitivo (progetto Prodest) che propositivo ed aprire nuovi scenari di intervento da sviluppare. Si evidenzia sempre più l'esigenza di responsabilizzare e integrare maggiormente "vecchi" "soggetti sociali, come gli operatori socio-sanitari, e "nuovi" come i gruppi di interesse, le associazioni di volontariato, il settore privato, per arrivare a **Piani integrati di salute e Valutazioni di impatto sulla salute nei processi decisionali delle Amministrazioni pubbliche**, già avviati, in attuazione dei Piani per la salute, in diversi contesti territoriali dell'Area metropolitana bolognese.

Si è chiamati in tal senso a sviluppare una nuova visione della prevenzione e della promozione della salute che vada oltre i tradizionali problemi legati alla modifica degli stili di vita (alimentazione, attività motoria, dipendenze), a problematiche come la crisi dei legami sociali e delle competenze relazionali, le diverse forme di disagio psico-sociale (come ansia, depressione, stress, conflittualità) le questioni dell'insicurezza, la sfiducia e il degrado degli ambienti urbani che affliggono gli abitanti del mondo globalizzato, così come richiamato nella Carta di Bangkok dell'OMS (2005).

Tutto ciò si fonda sul mantenimento di un'etica di solidarietà attraverso percorsi che promuovano il benessere di cui i cittadini beneficiano anche in virtù di più adeguate **forme di reciprocità e di inclusione** entro gruppi e reti sociali: è necessario promuovere un reale processo di partecipazione della comunità con la quale ci si confronta, non solo per poter comprendere le posizioni dei diversi attori sociali, ma per definire meglio i presupposti da cui dovranno partire quegli interventi integrati che si propongono realmente di avviare processi di cambiamento.

La rimozione e mitigazione dei rischi deve avvenire massimizzando i risultati delle attività di controllo tramite un approccio che tenda ad orientare i servizi non verso una mera vigilanza, ma bensì ad una azione che ricomprenda momenti **informativi, formativi e di assistenza alle imprese**. Queste ultime vanno responsabilizzate relativamente ai processi di sicurezza sia nei confronti dei lavoratori, sia relativamente ai loro prodotti finali destinati al consumo. I controlli andranno orientati in funzione della gravità, diffusione, risolvibilità e percezione dei rischi per la salute da contrastare, concordando i piani di intervento con le comunità locali e con le associazioni di rappresentanza dei consumatori e dei lavoratori.

Empowerment dei cittadini e comunicazione del rischio

Si conferma l'interesse per un'educazione, formazione e comunicazione per la salute più integrate ed attrezzate metodologicamente, ma fatte proprie dalle persone di tutte le età in termini di formazione continua, cittadinanza competente (o "health literacy"), comunicazione promotrice di salute capaci di supportare le persone nei loro percorsi di benessere e di guarigione.

L'approccio per la **ricerca delle prove di efficacia** proprie del campo biologico ha spinto ricercatori, decisori ed operatori a richiedere altrettante prove valide per gli interventi di prevenzione. Questi interventi rispondono a fenomeni molto complessi, condizionati da scelte e comportamenti, individuali e di comunità in cui i processi relazionali e sociali svolgono un ruolo centrale e non rispondono necessariamente all'assioma causa –effetto.

Il rapporto tra efficacia teorica (prodotta in condizioni sperimentali) ed efficacia pratica (influenzata sul campo) negli interventi deve peraltro essere sempre più governato da un lato dall'attenta analisi delle prove di efficacia disponibili per radicare gli interventi su solide basi e dall'altra da una rigorosa metodologia nella progettazione e valutazione.

La metodologia condivisa dalla CTSS e dal Circondario Imolese deve essere coerente con le opportunità e le caratteristiche del contesto in cui far maturare e/o accompagnare l'empowerment delle persone e della comunità verso percorsi di scelte per la salute. Tutto

ciò mettendo a disposizione i risultati della ricerca scientifica indipendente, migliorando la capacità di comunicare per la salute, sostenendo le **reti di mutuo e auto aiuto** e le iniziative di **screening** promosse dalle Aziende USL, e ponendo particolare riferimento alla strategia di cooperazione tra cittadini e istituzioni sperimentata nel Laboratorio dei cittadini per la salute e frutto delle strategie dei Piani per la salute.

Stili di vita

In relazione alle patologie legate agli stili di vita, la Conferenza e il Nuovo circondario Imolese si impegnano, in collaborazione con i Dipartimenti di sanità pubblica delle Aziende USL, a promuovere, supportare e coordinare interventi di comunità rivolti alla popolazione generale o a specifici target in modo sinergico con azioni di provata efficacia finalizzate al contrasto dei principali fattori di rischio delle malattie croniche, e in particolare quelli correlati a:

- tabagismo
- abuso di alcool
- alimentazione
- attività fisica.

Contrasto al tabagismo (Piano regionale per la lotta al tabagismo – giugno 2008) con l'obiettivo di:

- ridurre il numero di fumatori sia attraverso l'aumento di coloro che smettono di fumare, sia mediante la riduzione del numero di giovani che iniziano a fumare;
- ridurre il numero di persone esposte al fumo passivo.

Le iniziative volte alla prevenzione del tabagismo dovranno interessare le giovani generazioni, l'assistenza e cura del tabagismo (corsi per smettere di fumare e interventi antifumo dei MMG e degli altri operatori sanitari), gli ambienti favorevoli alla salute e liberi dal fumo (luoghi di lavoro, ospedali e servizi sanitari, scuole).

Abuso di alcool: Contrasto all'abuso di alcol attraverso interventi integrati rivolti prioritariamente al mondo giovanile e del lavoro secondo metodologie di provata efficacia (life skill, peer education, automutuo aiuto) e già avviati in alcuni contesti territoriali frutto dell'esperienza dei Piani per la salute.

Alimentazione: promuovere un'alimentazione sana, realizzando interventi integrati rivolti al mondo della scuola per il miglioramento della qualità nutrizionale della ristorazione scolastica e per la promozione di corretti stili di vita secondo indicazioni di buone pratiche.

Mantenere e qualificare la sorveglianza delle abitudini alimentari e dei dati antropometrici nell'infanzia e nella adolescenza.

Promuovere l'allattamento al seno e l'adozione di corretti stili alimentari.

Controllare l'obesità anche attraverso la promozione dell'attività motoria particolarmente nella fascia di età 50-65 anni e nei bambini della scuola primaria (percorsi sicuri casa-scuola, progetto SAMBA).

Attività fisica: diffondere un approccio all'attività sportiva ed al benessere fisico orientato al "guadagnare salute" e non al raggiungimento di performance o stereotipi che possono danneggiare l'equilibrio psico-fisico., assicurando interventi educativi integrati sul corretto approccio all'attività fisica.

Vigilanza sull'utilizzo di attrezzature e sostanze nel wellness, assicurando controlli nelle palestre, istituti del benessere, di estetica, di tatuaggio e piercing finalizzati sia alla verifica della idoneità delle strumentazioni, sia alla innocuità dei prodotti utilizzati come cosmetici, integratori e parafarmaci.

Assicurare iniziative strutturate di comunicazione del rischio aventi come target la popolazione in età lavorativa secondo un piano che preveda il coinvolgimento delle associazioni datoriali, dei medici competenti e delle rappresentanze dei lavoratori con particolare riferimento al rischio cardiovascolare ed alla promozione dell'attività fisica.

Determinanti ambientali

- Definire rapporti strutturati fra organismi di pianificazione territoriale e le Aziende USL per migliorare la qualità della vita e la salubrità degli insediamenti urbani e per definire congiuntamente modalità di valutazione dell'impatto sulla salute delle scelte di pianifi-

- cazione urbanistica (es. impatto sull'attività fisica, l'incidentalità stradale, l'accessibilità, il verde pubblico e la socializzazione).
- Definire iniziative di comunicazione per migliorare le conoscenze dei cittadini sul rapporto tra ambiente costruito e salute.
 - Proseguire la collaborazione fra Azienda USL e Comuni per il contenimento della “zanzara tigre” e per la prevenzione di malattie infettive trasmesse da insetti vettori.
 - Ridurre l'inquinamento ambientale specialmente atmosferico attraverso la promozione integrata con ARPA e Comuni di iniziative per la mobilità sostenibile, anche attraverso la prosecuzione delle strategie di intervento frutto dell'esperienza dei Piani per la salute della CTSS e del Circondario Imolese (mobility manager Aziendali, scolastici e promozione della mobilità ciclabile).
 - Definire iniziative di comunicazione per migliorare le conoscenze dei cittadini relativamente agli effetti dell'aumento delle concentrazioni di PM 10 e PM 2,5 e relative conseguenze sulla mortalità generale attribuibile a tale inquinante.
 - Mantenere e rafforzare il sistema di sorveglianza e controllo delle fonti di inquinamento ambientale.

Promozione della sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro

Contribuire all'obiettivo di una riduzione della mortalità negli incidenti stradali nel territorio provinciale.

- Definire una nuova convenzione fra Provincia di Bologna e Aziende USL per la costruzione di un sistema informativo condiviso e l'allineamento delle diverse fonti informative.
- Realizzare azioni formative ed educative integrate finalizzate alla prevenzione degli incidenti stradali, ed in particolare sull'uso dei dispositivi di protezione individuali, rivolte alle famiglie ed al mondo della scuola secondo evidenze e buone pratiche.
- Assicurare iniziative strutturate di comunicazione del rischio aventi come target la popolazione in età lavorativa secondo un piano poliennale che preveda il coinvolgimento delle associazioni datoriali, dei medici competenti e delle rappresentanze dei lavoratori con particolare riferimento agli incidenti stradali ed alcool, fumo passivo ed attivo, impiantistica.

Prevenire gli incidenti domestici attraverso l'acquisizione di conoscenze specifiche sul fenomeno e interventi per la prevenzione del rischio di caduta dell'anziano fragile a domicilio.

Sostenere le attività dei Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza attraverso il SIRS (Servizio Informativo dei Rappresentanti dei lavoratori per la Sicurezza), sorto in seguito a un accordo tra: CGIL - CISL - UIL della Provincia di Bologna, i Dipartimenti di Sanità Pubblica delle Aziende USL di Bologna e Imola e la Provincia di Bologna.

Valorizzare e favorire l'introduzione della nuova figura chiave prevista dal D.lgs 81/08: il Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza di Sito produttivo (RLSS), all'interno di quei contesti produttivi locali che presentano una forte complessità nell'organizzazione del lavoro, per la compresenza di più aziende e per l'elevato numero di addetti.

Prevenire gli infortuni sul lavoro, con particolare attenzione al settore edile, attivando collaborazioni interistituzionali, che vedano la partecipazione paritetica delle Istituzioni pubbliche, delle Parti Sociali e delle imprese (appaltanti, appaltatrici e subappaltatrici), al fine di sviluppare una cultura della sicurezza e della prevenzione degli infortuni all'interno dell'organizzazione del lavoro aziendale.

Promuovere un'ottica di genere in tutte le politiche

La salute e il benessere delle donne è un tema che non può che attraversare trasversalmente degli indirizzi per le politiche integrate sociali, sanitarie e del territorio. Dove le infrastrutture di servizi su cui si reggono lo sviluppo del territorio e il benessere dei cittadini non tengono o sono insufficienti, infatti, le donne, sono le prime a pagarne le conseguenze, e questo vale tanto per le infrastrutture materiali, come le reti per la mobilità e i trasporti, quanto per i servizi sociali, sanitari o educativi.

Sarebbe riduttivo, dunque, dedicare un solo capitolo alla salute e al benessere delle

donne, come se le donne fossero semplicemente un target di popolazione con bisogni di cura ed assistenza propri.

Riteniamo, invece, che l'ottica di genere riguardi tutti, e che debba essere trasversale a tutte le politiche, ed è per questa ragione che queste politiche attraversano trasversalmente tutto il presente Atto di indirizzo, e vengono qui solamente riassunte e sottolineate:

- **Conciliazione dei tempi di vita, di cura e di lavoro:** è il campo su cui più fortemente incide la tenuta delle infrastrutture sociali, sanitarie ed educative. Per questo, le scelte strategiche vanno valutate in collaborazione con l'associazionismo femminile e in relazione al loro impatto sulla differenza di genere. Va sostenuto e valorizzato l'avvio di sperimentazioni di " Bilanci di genere" negli Enti locali e nelle aziende pubbliche che erogano servizi sociali, sanitari, educativi rivolti a tutta la popolazione, perché le politiche devono avere al centro un approccio in grado di valutare l'impatto delle scelte strategiche e delle azioni intraprese sulla differenza di genere, per garantire che donne e uomini traggano gli stessi vantaggi e che venga favorita la rimozione di condizioni di discriminazione e di svantaggio.
- **Sostegno alla maternità e alla qualità delle relazioni familiari:** vanno sostenuti e rafforzati i consultori familiari, i centri per le famiglie e tutta la rete dei servizi 0-3 anni. Va inoltre sostenuta la partecipazione dell'associazionismo femminile alla programmazione di interventi condivisi sul territorio, anche in linea con i recenti indirizzi regionali.
- **Immigrazione:** si richiama la necessità di particolare attenzione a
 - o migliorare l'accesso delle donne immigrate ai servizi, in particolare riguardo ai percorsi nascita, alla prevenzione delle gravidanze indesiderate e agli screening
 - o fare attenzione a un inserimento lavorativo quasi esclusivamente in attività di cura o pulizia, che rappresenta un potenziale fattore di discriminazione e scarsa integrazione
 - o contrastare le condizioni di isolamento sociale delle donne straniere impegnate in lavori di cura.
- **Lavoro:** si è segnalata la necessità di attenzione alle particolari condizioni di occupabilità delle giovani donne istruite, occupate più dei loro compagni in lavori atipici e con reti di sicurezza spesso insufficienti a consentire una maternità, anche quando desiderata.
- **Sicurezza e qualità della vita:** le relazioni sociali e la tenuta del senso di comunità sono un imprescindibile fattore di sicurezza per tutte. Vivere e partecipare lo spazio pubblico rappresenta un forte antidoto alla paura dell'altro, nei luoghi popolati dalla comunità l'attenzione altrui è una protezione da possibili rischi. Viceversa gli spazi 'non vissuti' possono diventare non solo percettivamente ma anche realmente pericolosi. E' un fattore di sicurezza per tutte, allora sollecitare l'utilizzo degli spazi pubblici da parte dei cittadini di ogni età e stimolare il superamento della solitudine e dell'isolamento in favore di una coesione ed integrazione sociale allargata ed aperta.
- **Partecipazione agli screening:** va rafforzata la partecipazione delle donne, e in particolare della fascia debole rappresentata dalle donne immigrate, agli screening per la salute della popolazione.

Preservare ed arricchire il "capitale sociale" del nostro territorio

Il ricco tessuto di relazioni formali e informali, le reti di collaborazione e le istituzioni sociali che favoriscono l'azione collettiva, il senso di solidarietà civile e dell'appartenenza sono storicamente una caratteristica del nostro territorio, e ne costituiscono la principale ricchezza, vera e propria infrastruttura sociale che ha avuto un ruolo determinante per il benessere e lo sviluppo della nostra regione.

Compito delle istituzioni locali è *riconoscere, valorizzare e sostenere* questo capitale, per riaffermare, contro il diffondersi del senso di isolamento e insicurezza che caratterizzano la presente fase di arretramento economico, sociale e culturale del nostro paese, e anche contro la trasformazione di diritti e bisogni collettivi in consumi individuali da privatizzare come merce qualsiasi, l'idea della salute e del benessere come beni collettivi, e la con-

vinzione che il vero sviluppo, quello che fa star bene e produce salute, si realizzano soltanto con la cooperazione, la solidarietà e la coesione sociale. Di fronte a queste risorse essenziali per il bene comune, il pubblico e in particolare il sistema delle autonomie locali devono tenere in mano la regia e il governo delle politiche per il benessere e la salute, senza sostituirsi alle forze e alle capacità degli individui, delle associazioni di volontariato, del terzo settore, e in generale delle forze sociali, ma facendo della comunità locale un protagonista attivo della definizione delle politiche pubbliche, che collabora alla rilevazione e alla valutazione di bisogni dei cittadini, ma anche alla proposta di soluzioni condivise a cui tutti gli attori del territorio si impegnano a collaborare.

Per questo, le istituzioni locali

- confermano il proprio impegno a **riconoscere e valorizzare la partecipazione** dell'associazionismo e del volontariato, del terzo settore, della cooperazione sociale e dei sindacati di categoria.
- confermano il proprio riconoscimento del valore del **lavoro sociale** come bene di tutta la comunità, e la propria adesione alle priorità e ai contenuti del **Patto per la qualità e lo sviluppo del lavoro sociale** sottoscritto dalla Conferenza territoriale sociale e sanitaria il **13 giugno 2008, in continuità con quanto condiviso nel Protocollo d'accordo tra Cooperazione sociale, Sindaci, Provincia di Bologna, Organizzazioni Sindacali** del 2005.
- si impegnano a promuovere azioni e attività a sostegno della cooperazione sociale di tipo B, finalizzata all'inserimento lavorativo di soggetti svantaggiati, e a sostenere iniziative di formazione e qualificazione delle competenze imprenditoriali e manageriali nel mondo cooperativo.

Partecipare alla rete Città Sane per la promozione del benessere delle comunità locali

Nell'ottica condivisa di interpretare il tema "salute" non più circoscritto alle tradizionali politiche sanitarie e sociali, ma a più ampio raggio, tramite lo sviluppo di una vera e propria "politica di benessere" della comunità locale capace di coinvolgere in modo trasversale i più diversi settori di intervento pubblico (istruzione, mobilità, ambiente, salute) e lavorando sulla mission comune di assicurare alle persone standard di qualità di vita più alti nelle cose di tutti i giorni, già da molti anni l'OMS ha sviluppato e sostenuto la necessità di un approccio integrato ai problemi sociosanitari per lo sviluppo di politiche di rete, perseguendo l'obiettivo di ottimizzare le risorse disponibili e nel contempo di trasferire con maggiore facilità le migliori "buone pratiche" nei loro elementi indispensabili.

Il movimento Città Sane, che oggi conta più di 1100 città in 29 Paesi Europei ed extra-europei, cerca di raggiungere questo obiettivo lavorando in particolare su tre fronti:

1. pianificazione urbana della salute (lo stretto legame con l'OMS garantisce un confronto sui rapporti urbanistica-salute, ambiente-salute, mobilità sostenibile-benessere sociale etc... con città anche straniere, contribuendo così ad arricchire il data base esperienziale delle comunità locali, e a veicolare con facilità gli elementi minimi necessari ad una azione-intervento in materia di benessere che può aver già dato buona prova di sé nei risultati);
2. valutazione di impatto salute (tema nevralgico su cui potranno aprirsi nuove sfide di politica del benessere socio-sanitario trasversali e preventive);
3. invecchiamento in salute (con focus particolari su alimentazione, attività fisica, dipendenza da tabagismo e alcool, lotta alla solitudine, problemi della psiche).

Bologna ha fatto propria questa missione e ha dato input alla costituzione di una Rete, denominata Rete italiana Città Sane, di cui ha la Presidenza, che oggi conta un centinaio di Città in tutta Italia, ha sviluppato importanti contatti con ANCI e Ministero della Salute, promuove la conoscenza e la possibilità di partecipazione a progetti europei.

La Rete promuove e realizza sul territorio locale/nazionale azioni intersettoriali con obiettivi di tutela socio-sanitaria nel senso di promozione del benessere, cioè cercando di intervenire:

- in via preventiva
- per mantenere buoni standard di salute
- tramite una migliore e più adeguata informazione
- facendo e sperimentando insieme alle persone
- in stretta collaborazione con le realtà istituzionali e associative socio-sanitarie presenti sul territorio
- sulla base di idee che cercano partner per la loro realizzazione in fase sperimentale (progetti pilota) o di idee che hanno già trovato una loro realizzazione e hanno già ottenuto risultati tali da poter essere considerate “buone pratiche” da diffondere perché di provata efficacia.

I due ultimi si pongono come punti di forza della Rete: oggi essa può vantare una programmazione unitaria condivisa su grandi temi su progetti concreti a livello nazionale, ma sente la necessità di sviluppare una dimensione programmatoria anche locale più integrata e coesa agli indirizzi e agli obiettivi individuati come strategicamente prioritari rispetto ad una dimensione territoriale di area vasta.

Nell’ambito del territorio di Bologna e provincia si intende promuovere quindi l’adesione all’attività della Rete: nella posizione di interlocutore di livello intermedio tra realtà locale e realtà nazionale ed internazionale, la Rete potrà fungere da snodo e veicolo di azioni e progetti di comprovata efficacia o di nuove idee in cerca di partnership aprendo una finestra sulle realtà internazionali ma sempre con gli occhi diretti alla realizzazione concreta di progetti mirati alle esigenze locali, di concreta fattibilità e adattabilità a realtà territoriali di qualunque dimensione.

Innovazione orientata all’inclusione e alla personalizzazione dei servizi

A più di un decennio dalla sua diffusione, internet è ormai diventata per molti cittadini un canale privilegiato di accesso alle informazioni e ai servizi delle pubbliche amministrazioni, e possiamo aspettarci che questo ruolo di canale privilegiato non faccia che rafforzarsi e consolidarsi nei prossimi anni.

Da questo punto di vista, le nuove tecnologie sono entrate o stanno entrando in una fase di maturità, nella quale l’utilizzo della rete come strumento di contatto con i cittadini ha perso il suo carattere pionieristico e sperimentale e va “normalizzandosi”.

Da questa evoluzione segue non soltanto l’ovvia necessità di consolidare e sviluppare ulteriormente i servizi offerti sulla rete e le possibilità di contatto fra cittadini e istituzioni attraverso la rete, ma anche la necessità di spostare in avanti l’asse dell’innovazione.

L’innovazione, infatti, non consiste più semplicemente nel mettere a disposizione sulla rete servizi o possibilità di contatto con le istituzioni (né d’altronde sarebbe sufficiente riprodurre sul web gli stessi servizi che prima venivano offerti attraverso operatori di sportello o via telefono), ma richiede un salto qualitativo che sfrutti le potenzialità della rete per promuovere:

- la semplificazione dell’accesso e la continuità e coerenza della cura e della presa in carico, attraverso **l’integrazione fra i sistemi informativi e lo sviluppo di interfacce omogenee e coerenti**
- **la personalizzazione dei servizi**
- **la partecipazione e il confronto con i cittadini e lo sviluppo di reti di solidarietà fra i cittadini.**

Nello stesso tempo, proprio la diffusione di massa dell’accesso alle nuove tecnologie rischia di approfondire la “disuguaglianza digitale” il solco fra chi può e sa servirsene e chi no. Anche da questo punto di vista, è essenziale che le pubbliche amministrazioni e i servizi sanitari non si limitino a trasferire sul web i servizi tradizionali, ma prestino particolare attenzione a

- **garantire la massima accessibilità** a tutti
- fare delle nuove tecnologie uno strumento di **inclusione**, in particolare, ma non soltanto, per gli anziani e le persone che hanno limitazioni al movimento.

Lo sforzo per realizzare questo salto di qualità ha caratterizzato il lavoro della CTSS di Bologna per tutto questo mandato, e deve proseguire nel prossimo triennio, per il quale in particolare ci si pongono come obiettivi:

- **l'estensione e il consolidamento del progetto e-Care/Oldes**, per l'utilizzo delle nuove tecnologie a sostegno delle reti orizzontali di solidarietà tra i cittadini.
- **lo sviluppo di un Portale della salute** (www.salute.bologna.it) che costituisca un'interfaccia unica fra il cittadino e il sistema a rete della sanità bolognese (Azienda USL, Policlinico S. Orsola-Malpighi, Rizzoli), rendendone visibile la coerenza, e che costituisca per i cittadini uno strumento
o di accesso e informazione, per garantire la libertà di scelta nel percorso di cura
o di partecipazione.
- il consolidamento dei progetti di integrazione fra i **sistemi informativi** già avviati per la personalizzazione degli interventi e la facilitazione dell'accesso, con una particolare valorizzazione del progetto GARSIA, e lo sviluppo di ulteriori forme di integrazione.

CUP2000 per l'innovazione

Lo sviluppo delle infrastrutture tecnologiche è un fattore imprescindibile per raggiungere l'obiettivo di un'innovazione orientata all'inclusione e alla personalizzazione dei servizi e per realizzare una moderna rete dei servizi tesa alla qualità, alla appropriatezza, all'integrazione dei percorsi e alla loro semplificazione e deburocratizzazione.

Si conferma da questo punto di vista il ruolo strategico della società "CUP 2000 S.p.A", partecipata "in house" dalla Regione Emilia Romagna, dalla Provincia di Bologna, dal Comune di Bologna e dalle Aziende sanitarie della regione che ha per oggetto, nei settori della sanità, dell'assistenza sociale, dei servizi degli enti locali alla persona e dei servizi socio-sanitari, la progettazione, ricerca, sviluppo, sperimentazione e gestione di servizi e prodotti di Information e Communication Technology nonché attività di supporto tecnico e di formazione nel medesimo settore e sempre nell'interesse delle Amministrazioni e dei soggetti pubblici di riferimento.

CUP2000, punto di eccellenza nell'ambito dell'ICT nei servizi sanitari e sociali, rappresenterà l'interlocutore privilegiato della CTSS a sostegno di uno sviluppo coerente e omogeneo dei servizi informatizzati, per facilitare l'interoperabilità dei sistemi e l'accessibilità delle informazioni per i cittadini. In particolare, la CTSS si avvarrà di CUP per la realizzazione dei propri specifici obiettivi di innovazione, quali

- l'integrazione fra i sistemi informativi e lo sviluppo di interfacce omogenee e coerenti
- l'utilizzo dell'ICT e delle reti Internet per realizzare o rafforzare le connessioni fra i servizi a sostegno della personalizzazione degli interventi
- l'accessibilità delle informazioni sul sistema dei servizi per i cittadini
- lo sviluppo della telemedicina e di forme di assistenza a distanza sostenute da infrastrutture informatiche
- la partecipazione e il confronto con i cittadini e lo sviluppo di reti di solidarietà fra i cittadini

Inoltre, attraverso CUP2000 la CTSS sosterrà a livello locale l'implementazione dei grandi progetti regionali, come il progetto SOLE e il progetto sull'utilizzo "tessera sanitaria", che ricevette il primo impulso proprio da una decisione della CTSS di Bologna.

Integrazione istituzionale, comunitaria, gestionale e professionale

Ci si pone l'obiettivo strategico dell'integrazione come sviluppo di un sistema di collaborazioni ben definite sia tra i soggetti pubblici che tra soggetti pubblici e privati.

In particolare si ritiene utile la declinazione prevista nel PSS dei diversi livelli dell'inte-

grazione socio sanitaria: l'integrazione istituzionale, che propone la collaborazione fra istituzioni diverse per il conseguimento di comuni obiettivi di benessere; l'integrazione comunitaria, intesa come combinazione tra le politiche generali che incidono sulla qualità della vita; l'integrazione gestionale delle risorse umane e materiali che si colloca fra ed entro i diversi servizi, individuando configurazioni organizzative e meccanismi di coordinamento tra attività sanitarie, a rilievo sociale e sanitario, tali da garantire l'efficace svolgimento delle attività, dei processi e delle prestazioni; infine l'integrazione professionale, che richiama la necessità dell'adozione di linee guida per orientare e migliorare il lavoro interprofessionale nella produzione di servizi.

Sviluppo e consolidamento di un sistema a rete di relazioni istituzionali a livello distrettuale

Va ulteriormente sviluppato e consolidato il sistema a rete delle relazioni istituzionali, declinato a livello distrettuale nella struttura dei tavoli tematici.

Lavorare in rete è complesso ma necessario in quanto aiuta a prevenire rischi di frammentare gli interventi; facilita la coerenza e l'efficacia degli interventi poiché prevede l'individuazione di obiettivi che ne definiscano almeno in parte gli scopi, la condivisione degli obiettivi e l'individuazione dell'oggetto comune; aiuta a controllare la tendenza alla cronicizzazione degli interventi.

Questo approccio richiede l'affermarsi di un sistema di collaborazioni maggiormente chiare e precise sia tra i soggetti pubblici che tra soggetti pubblici e privati e richiede procedure che possano fare crescere e verificare la qualità dei servizi offerti e degli interventi realizzati. La stipula di convenzioni, protocolli, accordi per la realizzazione congiunta o delegata di servizi rappresenta un valore aggiunto per condividere percorsi e obiettivi, diventa pertanto necessaria l'attuazione di linee comuni e condivise e di procedure e di strutture organizzative che garantiscano la qualità degli interventi.

La realizzazione del sistema e della rete ha necessità di luoghi concreti, di ambiti definiti, e di tempo nel quale realizzarsi, per superare la mancanza di conoscenza e di collegamento.

La rete si costruisce nelle relazioni istituzionali (protocolli di intesa, convenzioni, ecc) e nelle relazioni tra le persone che fanno le istituzioni; si costruisce attraverso la conoscenza, la creazione di una reciproca fiducia, pertanto vanno garantiti luoghi di raccordo dove le varie realtà (pubblico e privato, operatori impegnati nella scuola, nel sociale, nel sanitario...) si possano incontrare per raccordare i diversi servizi.

Il distretto, in particolare nella declinazione dei **tavoli tematici** è individuato come luogo primario di conoscenza e di incontro, nel quale è possibile realizzare la migliore "rete", la migliore integrazione possibile per quel territorio specifico, pertanto la presenza della più larga presenza di tutte le professionalità e realtà presenti andrà il più ampiamente possibile stimolata. E' a questo livello che è possibile trovare forme di integrazione continuativa tra servizi sociali, educativi, socio-sanitari, scolastici, con l'obiettivo di raccordare il lavoro e di facilitare l'orientamento dei cittadini nell'offerta dei servizi e degli interventi. Oltre a questo, c'è l'esigenza di avere luoghi e ambiti di incontro e di progettazione di livello provinciale per il raccordo sovraterritoriale (si pensi ad esempio allo Staff Tecnico Permanente, al Coordinamento Pedagogico Provinciale per i servizi per la prima infanzia; ai Coordinamenti su tematiche della accoglienza e tutela dei minori, al Coordinamento Provinciale Immigrazione, alla Conferenza provinciale per il miglioramento dell'offerta formativa), nonché per concordare e realizzare progetti o risposte sovradistrettuali per tematiche specifiche.

Valorizzazione delle risorse umane e del lavoro sociale

Elemento primario per la cura della rete, è la cura delle risorse umane, che deve essere capace di ridurre il turn over e determinare modelli organizzativi più stabili, qualificazione

del personale e partecipazione; oggi questo elemento si trova di fronte a grandi difficoltà, in parte legate al turn over e alla precarietà del personale che comporta una difficoltà nella continuità degli interventi e nei rapporti con i soggetti destinatari degli interventi, in parte legate alla valorizzazione delle stesse risorse umane e delle altre risorse sia pubbliche che private, che dovrebbero comportare modelli organizzativi stabili, formazione di base qualificata e formazione in servizio continua e fornire momenti di un fattivo confronto.

Sportelli sociali per l'accesso al sistema integrato dei servizi

L'accesso al sistema integrato dei servizi sociali e sociosanitari è un aspetto centrale per garantire equità di trattamento ai cittadini in conformità con la logica universalista che sottende il nostro sistema di welfare.

L'accesso al sistema si espleta attraverso attività di informazione e orientamento rivolte alla cittadinanza. Il tema dell'informazione e dell'accesso ai sistemi di welfare è considerato centrale dalla normativa nazionale e regionale di settore e dai diversi documenti di programmazione.

La L.R. 2/03 all'art.7 individua negli **sportelli sociali** territoriali lo strumento garante e facilitatore dell'accesso al sistema locale dei servizi sociali a rete, fornendo informazione e orientamento ai cittadini sui diritti e le opportunità sociali, sui servizi e gli interventi disponibili.

Affrontare il tema centrale dell'accesso ai servizi, comporta ed implicherà una revisione di ulteriori tematiche strettamente connesse al tema dell'equità di trattamento, quali:

1. l'omogenea distribuzione territoriale dei servizi;
2. la chiarezza tariffaria e dei regolamenti e la loro progressiva omogeneizzazione, anche in riferimento alla compartecipazione degli utenti,
3. la qualità dei servizi che le diverse realtà territoriali offrono.

La finalità di superare le disuguaglianze, perseguendo un principio di equità, comporta la necessità di una gestione più integrata, coerente ed efficace delle risorse disponibili, mantenendo nel contempo l'obiettivo di perseguire una sempre più elevata dimensione qualitativa delle prestazioni e di soddisfare la crescente richiesta di flessibilità e personalizzazione degli interventi.

La Regione Emilia-Romagna ha finanziato tramite bando la sperimentazione degli sportelli sociali quali "porta unitaria di accesso" al sistema locale dei servizi sociali (Del. C.R. 514/2003), al fine di giungere ad una migliore definizione delle caratteristiche essenziali di organizzazione degli sportelli.

A seguito della sperimentazione regionale i comuni afferenti alla provincia di Bologna hanno optato per la condivisione del medesimo sistema informativo - sistema "GARSIA"-, già sperimentato positivamente ed attivo nell'Azienda USL ex Bologna nord, fortemente orientato alla integrazione.

La Provincia di Bologna si è resa disponibile a promuovere un coordinamento del progetto al fine di permettere la realizzazione di una **Rete di sportelli sociali** a livello provinciale, in grado di essere sistemi dialoganti in comunicazione tra loro, pur nel rispetto di differenziazioni di carattere organizzativo-gestionale.

L'utilizzo di un sistema omogeneo e la condivisione di strumenti di gestione a livello provinciale si pone come obiettivo principale la possibilità di garantire omogeneità di trattamento, attraverso l'utilizzo di un unico strumento e la creazione di una banca dati unica e condivisa. Una rete di sportelli sociali permette di ridurre le barriere (psicologiche, culturali, fisiche) nell'accesso ai servizi dovute alla complessità della rete dell'offerta, allo scarso coordinamento delle diverse agenzie, istituzioni, soggetti responsabili dell'offerta stessa, alla scarsa trasparenza dei criteri e procedure di accesso.

La realizzazione di una rete di sportelli sociali a livello provinciale permette di perseguire gli obiettivi fondanti dello sportello sociale in modo più capillare e diffuso sul territorio, cercando di favorire pari opportunità, omogeneità di trattamento ed equità nelle prestazioni, nonché promuove e supporta l'integrazione sociosanitaria.

Il modello di sportello sociale in fase di realizzazione nel territorio provinciale di Bologna, prevede le seguenti funzioni:

A fase di Contatto comprendente le funzioni di:

- informazione
- orientamento
- rilevazione della domanda: lo sportello sociale permette di registrare la domanda dei cittadini che si rivolgono allo sportello, permettendo elaborazioni ed analisi essenziali nelle fasi di programmazione e valutazione dei servizi

B fase di accesso: prevede il primo filtro alla domanda

C fase della presa in carico: suddivisa in presa in carico dei bisogni semplici e presa in carico dei bisogni complessi attraverso valutazione multidimensionale e predisposizione programma individuale personalizzato⁵.

La realizzazione degli sportelli sociali nei comuni è attualmente in fase di implementazione avanzata, in linea con le recenti indicazioni regionali.

Al fine di garantire omogeneità nello sviluppo del progetto si prevede la realizzazione di un protocollo di intesa tra Enti che preveda la condivisione di modalità omogenee di utilizzo dello strumento sportello sociale.

Nel corso di questi anni la rete dei soggetti coinvolti nello sviluppo di questo sistema si è notevolmente ampliata e prevede forti interconnessioni tra Comuni, Distretti, AUSL, Provincia, Asp, Ospedali....

Sarà pertanto opportuno sviluppare una visione strategica del sistema "GARSIA", al fine di omogeneizzare ed integrare, laddove possibile, i percorsi perseguendo e promuovendo la realizzazione di un reale sistema integrato al servizio del cittadino.

La logica di rete che connota fortemente il modello organizzativo degli sportelli sociali trova un analogo corrispettivo in ambito sanitario dove gli attuali punti di accesso distrettuali ai servizi, Sportello Unico (per l'accesso amministrativo-sanitario) e Punto Unico di Accesso (per gli aspetti prevalentemente sanitari) devono consolidare ulteriormente i meccanismi operativi che sostengono l'integrazione al loro interno per realizzare un concreto collegamento con l'intero ambito sociale.

L'obiettivo strategico è quello di assicurare che i cittadini che si rivolgono all'una o all'altra porta di accesso siano presi in carico in modo da poter usufruire sia dei servizi sociali che di quelli sanitari in base ai loro bisogni, senza dover cercare autonomamente le informazioni relative all'uno o all'altro sistema.

3.3 - Priorità per target di popolazione

Vengono approfonditi i bisogni comuni a determinati target di popolazione, definendo indirizzi e priorità di intervento validi per tutti gli atti di programmazione di cui il presente Atto fornisce gli indirizzi, come i Piani di zona per la salute e il benessere sociale, il PAL, la programmazione sociale, socio-sanitaria e sanitaria di livello distrettuale, i programmi attuativi per il FRNA.

Responsabilità familiari, infanzia e adolescenza

Un nuovo concetto di tutela

Condividendo l'esigenza di costruire una nuova rappresentazione sociale del concetto di tutela che integri la consolidata valenza giuridica di difesa e salvaguardia con la con-

⁵ La articolazione delle 3 fasi descritte si differenzia tra i diversi territori afferenti alla provincia di Bologna, in alcuni casi non prevedendo la fase della presa in carico.

notazione più estesa e dinamica di benessere sociale”⁶ si mette in evidenza la difficoltà, più volte sottolineata, dei Comuni, delle AUSL, della Scuola, del privato sociale nel trovare risorse, energie e tempo da dedicare alla promozione del benessere e alla prevenzione nei vari contesti di vita a fronte dell’urgenza di intervenire nelle situazioni già compromesse, con interventi incentrati sulla riparazione del danno, con una conseguente difficile dimissione dei casi in carico e generando un incremento nei servizi di interventi di tutela.

Le priorità individuate per il prossimo triennio riguardano pertanto sia gli interventi di tutela dei minori in situazioni di disagio, violenza o abbandono, sia gli interventi orientati alla prevenzione, al riconoscimento precoce dei fattori di rischio e alla promozione del benessere (servizi socio educativi per la prima infanzia, servizi educativi-formativi e del tempo libero, interventi a favore degli adolescenti), in quanto anch’essi strumenti di difesa, salvaguardia e tutela del benessere.

Integrazione fra i servizi per la prevenzione e la promozione del benessere

Un grande contributo al sostegno alla funzione genitoriale è offerto nel nostro territorio da servizi quali i servizi educativi, i consultori, i centri per le famiglie che intervengono in momenti fondamentali per le coppie, le famiglie e i bambini e adolescenti. In tale opera di apertura, diffusione e sostegno alla genitorialità, i coordinamenti pedagogici territoriali e le figure di sistema sono risorse e figure strategiche.

In questo senso, devono essere valorizzate ed estese in tutti i territori le esperienze di integrazione realizzate attraverso l’attivazione di patti e di azioni informative e formative concordate tra EELL, AUSL, scuola per:

- la diffusione di una cultura dell’educazione e del sostegno alla genitorialità.
- la promozione dell’educazione alla salute, a stili di vita sani, all’affettività e sessualità;
- la prevenzione delle dipendenze;
- il sostegno all’inserimento scolastico di bambini e ragazzi in adozione;
- l’affidamento familiare e in comunità;
- l’integrazione degli alunni disabili.

Per alcune tematiche e in alcuni territori è già presente un’esperienza radicata nei distretti in questo senso (si pensa agli accordi di programma territoriali L. 104/92, a procedure condivise di valutazione di situazioni problematiche per la eventuale segnalazione ai servizi,...). Queste esperienze positive vanno allargate in tutti i territori e introdotte per nuove tematiche (adozione, affido, accoglienza,...), attraverso l’integrazione tra i lavori dei tavoli tematici e delle conferenze territoriali per il miglioramento dell’offerta formativa e nell’integrazione delle diverse programmazioni (piani di zona, accordi territoriali, ecc). Sostegno alle famiglie in situazione di difficoltà economica e precarietà.

Va posta attenzione all’aumento di situazioni di difficoltà economica e di precarietà delle famiglie e alla realizzazione di interventi di sollievo e di affiancamento in particolari momenti di debolezza economica. Di fronte a queste problematiche il sostegno alle famiglie nelle proprie responsabilità familiari richiede politiche concertate e armonizzate su diversi ambiti di vita quali l’area abitativa, lavorativa, fiscale, dei servizi.

In questa logica, alcune esperienze di sostegno attraverso il microcredito, di accordi per sostenere la capacità delle persone e delle famiglie all’acquisto della prima casa⁷ sembrano essere interessanti esempi di interventi preventivi del disagio familiare.

Sostegno alle famiglie nelle funzioni di cura

Potenziamento e sviluppo dei servizi educativi per la prima infanzia.

Per questi servizi, sui quali è forte l’investimento dei comuni per l’incremento dei posti offerti alla cittadinanza, (sia con servizi a gestione diretta che attraverso la crescita, molto forte negli ultimi anni, della gestione delegata o convenzionata con soggetti privati) si pone ancora l’esigenza di un **ampliamento dei posti di nido e delle attività dei centri per bambini e genitori** per le specifiche risposte ai bisogni di confronto con altri genitori e di avvicinamento al mondo dei servizi dei giovani genitori. In questo contesto, assumono particolare rilevanza:

⁶ Piano sociale e sanitario 2008-2010, Parte terza, Capitolo 2, Infanzia e adolescenza, pag, 83

⁷ Progetto mutuality promosso dall’assessorato al Bilancio della Provincia di Bologna.

- l'esigenza di attuare pienamente la direttiva sull'accoglienza che prevede agevolazioni per i bambini in affidamento e comunità;
- il potenziamento della flessibilità negli orari e di un'offerta diversificata in base alle diverse biografie e storie delle famiglie.
- la cura della qualità dei servizi, soprattutto in questa fase di forte espansione di diverse gestioni.

Diventa centrale in questa fase l'investimento in figure di coordinamento, i **coordinatori pedagogici** previsti dalla direttiva regionale, con funzioni chiare e precise di responsabilità sulla qualità dei propri servizi e sulla creazione del raccordo e della collaborazione tra servizi pubblici e privati di uno stesso territorio e tra servizi per la prima infanzia e i servizi scolastici, sociali, sanitari. La partecipazione ai tavoli tematici delle zone sociali di queste figure, è essenziale per l'integrazione delle politiche e degli interventi a favore dell'infanzia e dell'adolescenza.

Potenziamento e valorizzazione dei servizi di prevenzione a sostegno della genitorialità

- potenziamento dei **centri per le famiglie** nelle loro azioni di sostegno e promozione delle famiglie con figli e attuazione di accordi distrettuali con i consultori per azioni raccordate⁸.
- valorizzazione del ruolo delle **Aziende sanitarie**, in particolare dei **consultori** e dei **servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza** nel realizzare efficaci forme di prevenzione.
- promozione di luoghi di incontro informale fra le famiglie, rafforzamento del legame sociale e dell'auto-mutuo aiuto anche informale.

Nella previsione delle leggi 405/75 e 194/78 l'impegno dei consultori si organizza eminentemente attorno ai temi della procreazione e della sessualità e molte azioni sono connotate da un forte riconoscimento della funzione sociale della maternità e della paternità e dalla tutela della fase dell'evoluzione familiare e dello sviluppo individuale che ha nella nascita il suo punto centrale.

In questo contesto, l'impegno dei consultori deve orientarsi soprattutto verso:

- il sostegno alla qualità delle relazioni familiari, in particolare per i neo genitori nei loro compiti per prevenire disagio e forme di psicopatologia che trovano il loro avvio proprio nei primi anni della vita
- le iniziative ed i programmi relativi al Percorso Nascita - realizzati in collaborazione con altri servizi sanitari e sociali – come i corsi di accompagnamento alla nascita, gli spazi mamma, il sostegno all'allattamento al seno, le azioni di prevenzione e di cura dei disturbi emozionali della donna in gravidanza e nel primo anno di vita del bambino.
- Inoltre, come indicato nelle Linee di indirizzo per i Piani di Zona per l'applicazione della legge 194/78, i consultori dovranno prevedere una attiva collaborazione alla definizione di protocolli organizzativi distrettuali che sostengano l'integrazione delle risorse dei vari soggetti coinvolti comprese le organizzazioni di volontariato.

Le **Aziende Sanitarie** dovranno impegnarsi affinché le attività in essere di sostegno delle competenze genitoriali, di mediazione dei conflitti e di progettazione di interventi di tutela nelle situazioni di grave pregiudizio, siano rafforzate, dal punto di vista quantitativo e della qualità, e, anche al fine di evitare inutili sovrapposizioni, è importante valorizzare percorsi interistituzionali preventivamente concordati in integrazione tra i servizi sanitari, sociali ed educativi presenti nel territorio.

Inoltre, vanno mantenuti e potenziati i **programmi di supporto ai genitori rispetto all'adolescenza**, altro periodo di "passaggio" durante il quale possono manifestarsi, oltre che a livello familiare anche individualmente, forme varie di disagio (disaffezione, demotivazione, passività, sottomissione, ma anche bullismo, violenza, abuso di sostanze, disturbi comportamentali...) e l'attività clinica, indirizzata, in maniera quantitativamente sempre più significativa, al disagio relazionale presentato dalle coppie e dalle famiglie che, come è noto e come è stato riportato nelle pagine precedenti, ha assunto espressioni diverse (dalla conflittualità alla violenza) che incidono sull'esercizio delle capacità genitoriali e favoriscono l'instaurarsi di situazioni di rischio per il minore.

⁸ Del. Giunta Regionale 2008/748 "Assegnazione di contributi ai comuni singoli o associati sede dei 23 centri per le famiglie per accordi distrettuali con i consultori familiari. delibera a.l. 144/2007 e propria delibera 2128/2007- programma annuale 2007".

Va mantenuto e consolidato il ruolo dei **servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza** (NPIA), i quali, oltre alle attività rivolte ai minori disabili sulla base della legislazione vigente, operano per la prevenzione del disagio e per la promozione del benessere di bambini e ragazzi e delle loro famiglie che si relazionano con più Servizi ed Istituzioni (consultori familiari, servizi sociali, pediatria di libera scelta, pediatria di comunità, pediatria ospedaliera, psichiatria adulti, sert, scuole, coordinatori pedagogici, medicina generale di base). All'interno di tali attività vengono realizzati anche interventi di sostegno terapeutici ed educativi alle famiglie, attraverso, ad esempio, l'attività del Centro Polifunzionale "Accendi Molti Fuochi" e del "Centro Clinico per la prima infanzia" dell'AUSL di Bologna a cui si rivolgono: genitori con bambini nei primi anni di vita che presentano problemi di comportamento o funzionali.

Si evidenzia infine l'importanza di costruire e rafforzare le reti di fiducia tra le persone, sviluppare il senso di comunità, potenziando non solo l'erogazione di servizi ma anche le possibilità di **incontro informale tra famiglie**, le forme di auto mutuo-aiuto, gli scambi di tempo e solidarietà tra famiglie.

Disagio - famiglie e minori in difficoltà

Si assiste ad una crescita delle richieste delle famiglie che si rivolgono ai servizi sanitari (NPIA, Consultori, Servizi Sociali, Sert) in particolare per problematiche comportamentali e relazionali e situazioni di disagio infantile, pre-adolescenziale e adolescenziale, e a una maggiore diffusione di forme di malessere e disagio infantile. Molteplici forme di maladattamento, di sofferenza e **disagio intrafamiliare**⁹ si riverberano in modo più o meno grave nei compiti di cura, e sono amplificate dalla impossibilità di accedere ad adeguati supporti sociali e professionali. La corretta rilevazione e il monitoraggio dei fattori di rischio per finalità preventive, dovrebbe inoltre configurarsi in una cornice multidisciplinare (sociale, sanitaria, educativa, ecc.): la famiglia multiproblematica infatti evidenzia la compresenza di problemi sociali e problemi sanitari, con conseguenti ricadute in ordine di criticità nell'esercizio del ruolo genitoriale che diventa non adeguato e determina situazioni di difficoltà e disagio nei figli, ponendoli anche in condizione di rischio.

Accanto a questo, la sempre maggiore complessità dei casi di minori in difficoltà, il "trascinamento" delle situazioni e la difficile dimissione degli utenti hanno determinato un incremento dei casi in carico ai servizi, in particolare rispetto a situazioni di madri sole con figli, di adolescenti con problematiche complesse, di minori stranieri non accompagnati priorità in relazione ai servizi

- lo sviluppo del sistema di **valutazione e una presa in carico multidisciplinare** (sociale, sanitaria, educativa)
- il **rafforzamento dei servizi territoriali** che hanno in carico i minori e le famiglie perché possano dare continuità ed intensità di riferimento agli utenti, possano esprimere una multidisciplinarietà con la presenza di Psicologi ed Educatori ad affiancare gli Assistenti Sociali, possano collegarsi facilmente con Servizi specialistici di supporto e con i Servizi coinvolti nel caso (frequente) di multiproblematicità (scuola, neuropsichiatria, tossicodipendenze...); possano efficacemente lavorare con le famiglie per un recupero delle capacità genitoriali. La realtà quotidiana vede un progressivo indebolimento di queste funzioni delle Équipes territoriali.
- il **mantenimento di servizi specializzati di ambito sovraterritoriale su temi specifici**: équipes centralizzate su affidamento familiare, accoglienza in comunità, adozione; Centro provinciale multiprofessionale contro l'abuso e il maltrattamento. Il mantenimento del livello sovrazonale è condizione essenziale per la presenza di servizi con un'adeguata specializzazione del personale, raccordati e integrati con i servizi del territorio, e con modelli organizzativi che prevedano una maggiore integrazione socio-sanitaria e la presenza figure dedicate (o quanto meno con un monte ore specificatamente dedicato), con competenze sociali, sanitarie ed educative che condividono la presa in

⁹ (Famiglie con problemi di dipendenza da sostanze, di devianza sociale, abusanti (violenza fisica, psicologica, economica), Famiglie con problemi psicopatologici, cronici di salute fisica e/o psichica, malattie invalidanti, famiglie altamente conflittuali nello stile di funzionamento relazionale, monogenitoriali, immigrate ricongiunte (con figli separati dai genitori e poi riavvicinati), famiglie con figli nati e cresciuti nel paese di immigrazione (seconda generazione)

carico delle singole situazioni. e che rappresentano un interlocutore per il privato sociale impegnato nell'accoglienza, con il confrontarsi e riflettere costantemente sui bisogni, sull'efficacia e integrazione delle risposte, sulle progettazioni, sulla formazione, sulla valutazione della risorsa più opportuna da offrire al minore.

- **il consolidamento della figura del consulente giuridico per la tutela dei minori.** La complessità delle situazioni e i cambiamenti normativi avvenuti negli ultimi anni richiedono necessaria l'introduzione/l'implementazione/ mantenimento della figura del consulente giuridico per la tutela dei minori che fornisca un adeguato supporto giuridico/affiancamento agli operatori socio-sanitari (assistenti sociali, psicologi, educatori...) nell'azione di tutela a favore dei bambini e degli adolescenti.
- la costituzione sui singoli casi di una rete interistituzionale e interservizi che funzioni per accordi e che permetta di progettare in base al bisogno rapidamente e di mettere in campo un'"organizzazione temporanea" sul caso specifico che arrivi ad una definizione unitaria del problema e del progetto personalizzato in relazione al livello di problematicità ed alle risorse disponibili (contenuti, azioni, i servizi/i professionisti coinvolti e il sistema delle responsabilità); individui un 'facilitatore' che diventi un punto di riferimento per predisporre un luogo in cui ricomporre gli interventi (tale ruolo potrà essere rivestito dal professionista che riceve il primo contatto o che svolge l'intervento più consistente); definisca tempi e modi di alcuni scambi; individui altresì le figure da coinvolgere e gli obiettivi del progetto di intervento (chi fa che cosa come e perché) di cui prevedere anche il monitoraggio e il follow up.
- **la prosecuzione del lavoro dei Tavoli provinciali** (Accoglienza, Adozione, Commissione minori) al fine di creare collegamenti e confronti tra servizi, comunità, associazioni, enti autorizzati
- **il potenziamento del rapporto tra Tribunale dei Minori e servizi** (buone prassi, intese, protocolli...).

priorità in relazione agli interventi

- condivisione e attivazione di progetti o risposte sovra distrettuali per tematiche che, per caratteristica o per entità dei casi (es. pronto intervento e pronta accoglienza, minori stranieri non accompagnati, comunità educativo-terapeutiche,...), trovano una più funzionale gestione con accordi sovraterritoriale.
- **rispetto all'accoglienza di minori:**
 - o ampliamento del numero e specializzazione delle risorse di accoglienza;
 - o avvio delle azioni previste nella direttiva regionale¹⁰ (corsi di formazione per famiglie affidatarie e comunità; autorizzazione al funzionamento;) e in particolare di interventi di cura/recupero delle famiglie d'origine e promozione di interventi educativi atti ad evitare l'allontanamento del minore dalla propria famiglia (educativa domiciliare);
 - o particolare attenzione agli adolescenti con problematiche complesse (gestione, interventi specialistici, tipologia di accoglienza), ai minori stranieri e ai minori non accompagnati, ai minori provenienti dal circuito penale;
 - o particolare attenzione all'accompagnamento nel passaggio alla maggiore età attraverso interventi nella fascia 18/21 anni;
 - o potenziamento del rapporto servizi/comunità di accoglienza/famiglie affidatarie;
 - o potenziamento delle forme di sostegno alle famiglie affidatarie (gruppi mutuo aiuto).
- **rispetto all'adozione nazionale e internazionale**
 - o esigenza di una corretta programmazione delle risorse di personale specializzato dedicato per arginare lista d'attesa;
 - o sostegno delle famiglie nel post-adozione, attraverso supporti di tipo individuale e/o di gruppo;
 - o raccordo con operatori educativi/scolastici;
 - o monitoraggio del corretto funzionamento dell'accoglienza sanitaria e diagnostica del minore;

¹⁰ Convenzione stipulata tra Provincia di Bologna, Comuni, ASP del Circondario Imolese, AUSL Bologna, AUSL Imola, Az. Ospedaliera, Centro Giustizia Minorile.

o prosecuzione del lavoro integrato pre/post adozione tra servizi ed Enti Autorizzati (rinnovo della convenzione con gli E.A. da parte della Provincia)

- **rispetto al maltrattamento e all'abuso:**

l'intervento qualificato si realizza attraverso una rete di servizi e di azioni caratterizzati da specifica competenza multiprofessionale per la tutela della salute infantile e la prevenzione all'abuso e al maltrattamento, che comporta:

- **la qualificazione e il rafforzamento dei Servizi territoriali** (NPIA, Sert, Consulitori, Spazi Giovani, Pediatria e Servizi Sociali).
- **il mantenimento (attraverso il rinnovo della convenzione già attiva e in scadenza¹¹) del Centro multiprofessionale provinciale il Faro** come servizio di 2° livello per realizzare con i servizi territoriali una valutazione qualificata dei casi;
- la presa in carico delle situazioni più problematiche; la attuazione di eventi formativi e interventi di sensibilizzazione, informazione, la produzione di analisi e documentazione sul fenomeno;

Inoltre, al fine di garantire interventi di rete, è necessario consolidare il collegamento tra i servizi sociali e sanitari e il Centro multiprofessionale "Il Faro" e con la scuola e i servizi educativi (ad es. per l'individuazione di procedure e modalità di comunicazione efficace, soprattutto in caso di segnalazione).

Disagio scolastico

Il lavoro svolto da attori della Comunità professionale e Istituzionale sul disagio scolastico, che si è concretizzato in un documento di riferimento provinciale¹², ha individuato alcune linee di interpretazione e di lavoro comuni che si assumono come linee di indirizzo del presente piano.

In particolare si evidenziano alcuni elementi prioritari:

- essendo il disagio scolastico un **fenomeno pluridimensionale**, connesso ad una molteplicità di fattori che **si influenzano** reciprocamente, la sua prevenzione e il suo contrasto richiedono necessariamente la corresponsabilità dei diversi soggetti e che le reti di attori che intervengono a livello territoriale conoscano le azioni attivate da ognuno per evitare sovrapposizioni di interventi e impegnino le loro risorse in maniera concertata, su priorità condivise e in azioni di sistema.
- va prestata attenzione per la loro specificità al tema degli **alunni stranieri**, in quanto la non padronanza della lingua è di per sé fattore di disagio scolastico, e al tema della disabilità, per il quale esistono strumenti e modalità di lavoro da prendere a riferimento per l'azione educativa generale. Le due tematiche assumono particolare rilievo nel momento in cui in determinate situazioni, e istituti, si assiste ad una loro concentrazione e quindi ad un moltiplicarsi della complessità.
- **l'analisi quantitativa** del fenomeno, è indispensabile per una programmazione efficace di interventi e risorse ed è indispensabile passare da pratiche di monitoraggio del fenomeno proprie di ciascuna istituzione ad una dimensione condivisa e "di sistema", Gli interventi di contrasto al disagio scolastico per essere tradotti operativamente e mantenuti nel tempo, debbono essere inseriti in un **sistema di governance** che si declina:
 - a livello provinciale attraverso l'attività della Conferenza Provinciale allargata e del Gruppo interistituzionale nominato dalla Conferenza, con i compiti di: coordinamento e progettazione condivisa delle risorse; presidio delle azioni di raccolta ed elaborazione di alcuni dati significativi secondo procedura e scadenze condivise; promozione di accordi e protocolli; valorizzazione e diffusione delle iniziative; favorire il ruolo politico della Scuola; promozione e sostegno ai centri risorse di livello provinciale (Aneka", "Accendi molti fuochi, Centro risorse per l'orientamento); predisposizione di azioni formative sui temi della promozione del successo formativo e del benessere scolastico e di monitoraggio del fenomeno della dispersione scolastica;

¹¹ Del. Giunta regionale 846/2008: "Direttiva in materia di affidamento familiare e accoglienza in comunità di bambini e ragazzi"

¹² Documento provinciale di orientamento per il contrasto al disagio scolastico elaborato da un Gruppo tecnico interistituzionale composto da: Provincia di Bologna - Assessorato Istruzione Formazione Lavoro, Istituzione Minguzzi; Ufficio Scolastico Provinciale, N.p.e.e. AUSL Bologna e Imola; Circondario di Imola; Comuni, Centri di Formazione Professionale, Dirigenti scolastici, Università di Bologna (in allegato al presente Atto di indirizzo e coordinamento triennale).

- a livello territoriale, attraverso i **tavoli tematici e le conferenze territoriali per il miglioramento dell'offerta formativa**, per la promozione e attivazione di accordi, protocolli, convenzioni tra le scuole, gli enti locali; per la definizione in maniera condivisa degli spazi, delle modalità di intervento, degli impegni e delle opportunità che vengono messe in campo e che consentono di ottimizzare le risorse anche in relazione alle altre Istituzioni (Amministrazione scolastica centrale, Provincia, Regione, Fondazioni, Centri di Servizio Provinciali).

L'aumento delle situazioni di difficoltà, l'aumento di ragazzi ad alto rischio di insuccesso/abbandono nella scuola, possibile come indicatore di sofferenza soggettiva più ampia e, in tutti i casi segnale che deve interrogare scuola ed istituzioni, richiedono l'individuazione di **strategie e di linee guida per contrastare l'evasione dall'obbligo scolastico e formativo**, strategie che consentano il consolidamento di una rete di collaborazione con altri servizi (scuole medie inferiori e superiori, servizi sociali, centri di formazione professionale, aziende) e la creazione/mantenimento di una rete con i referenti dei servizi che si occupano di minori (comunità per minori, informagiovani e ciop, centri territoriali permanenti, parrocchie e associazioni culturali e di volontariato, Province circostanti).

Occorre dare la garanzia di uguali diritti per adolescenti e giovani inseriti **nel percorso scolastico, di formazione professionale e apprendistato e attenzione all'entrata nel lavoro**, anche attraverso attività quali il **servizio di tutorato**, offerto agli adolescenti (16-18 anni) presso i Centri per l'Impiego e il Consolidamento e sviluppo della rete di collaborazione nel territorio con scuola, FP, Servizi sociali, contesti aggregativi presenti sul territorio. In particolare questo servizio mira ad individuare, attraverso l'assunzione e verifica dei dati provenienti da diverse banche dati (anagrafe provinciale sull'Obbligo Formativo, dell'anagrafe scolastica regionale, Centri per l'Impiego (SILER), con le anagrafi comunali della popolazione) gli adolescenti non inseriti a scuola o in apprendistato e a realizzare una presa in carico dei soggetti che risultano in evasione dal diritto-dovere all'istruzione e formazione (ex L. 53/03).. Gli interventi mirano all'individuazione di una soluzione alle difficoltà degli utenti; potenziamento delle abilità cognitive, emotive e sociali del giovane per lo sviluppo di un processo personale di orientamento scolastico e professionale; accompagnamento e tutorato personalizzato nelle situazioni di transizione tra i diversi canali formativi verso il lavoro, anche tramite contratti di apprendistato e di Supporto al sistema scolastico-formativo per la prevenzione del disagio e della dispersione scolastica (Attività laboratoriali rivolte agli allievi delle scuole medie, medie superiori e dei Centri di Formazione professionali, a rischio di dispersione, in collaborazione con le suddette istituzioni.)

Rispetto alla **formazione professionale**, il nostro sistema d'istruzione non è un sistema garante dell'apprendimento, che assicura unitarietà e coesione ai percorsi, pertinenza dell'offerta formativa alle caratteristiche dei soggetti, (stili di apprendimento, attitudini, livelli di acquisizione delle competenze, interessi, desideri..) e supporto alle difficoltà personali. Ciò si è manifestato in tutta la sua evidenza nel momento in cui la scuola si è trovata a fare i conti con i fenomeni della dispersione scolastica, diventati vistosi e ingestibili in un sistema non pensato per far fronte alla piena scolarità nel passaggio dalla scuola media alla secondaria superiore, investendo la formazione professionale di una funzione vicaria nei confronti del sistema di istruzione per i fenomeni dell'abbandono e dell'insuccesso della secondaria superiore.

L'introduzione nel 2000 dell'obbligo di frequenza ad attività formative sino a 18 anni ha rappresentato per la formazione professionale, una grande opportunità di riconoscimento sul terreno culturale e pedagogico, sul quale, in particolare, la Provincia di Bologna ha esercitato una forte azione di regia. La finalità ultima dei percorsi è quella di ridurre il rischio di marginalità ed esclusione sociale a partire dalla prevenzione della dispersione scolastica e formativa e dal potenziamento dell'integrazione con la Scuola.

Per tutti i giovani, in particolare per quelli in situazione di disagio, già dal 1992 è stata introdotta la figura del tutor che risponde ad un bisogno pedagogico sia relazionale sia educativo degli allievi.

I Centri di formazione accreditati nell'area del diritto-dovere alla formazione sono 10 con sedi su tutto il territorio provinciale. Mediamente gli allievi coinvolti nei percorsi biennali sono circa 1300; la presenza di giovani stranieri si attesta attorno al 33% con punte fino

al 53 % in gruppi classe di alcuni profili professionali; il numero degli allievi seguiti dai servizi sociali rappresenta il 14% e gli allievi disabili inseriti è pari al 5,3 % del totale.

Giovani

Coordinamento dei servizi per le politiche giovanili

I servizi in questi anni hanno realizzato una molteplicità di programmi e di interventi indirizzati agli adolescenti e ai giovani. In particolare gli **Spazi Giovani**, attraverso gli interventi realizzati nelle scuole e nei contesti extrascolastici su specifiche tematiche (prevenzione AIDS; fumo, dipendenze, benessere e sessualità); **Sert e Comuni** attraverso **l'Unità mobile e l'unità di strada** relativamente agli interventi connessi all'assunzione di sostanze; **Dipartimento Sanità Pubblica ed EELL**, attraverso le azioni di promozione della Salute in materia di educazione alimentare e nutrizionale, di prevenzione oncologica e del doping, sicurezza domiciliare, stradale e sul lavoro (rivolte al mondo della scuola, insegnanti, studenti e famiglie) e a centri di aggregazione giovanile non formali, in collegamento anche con i **Centri di Salute Mentale e NPIA** che svolgono, invece, una funzione prettamente specialistica rivolta a situazioni di grave disagio o francamente patologiche.

I servizi, attraverso operatori debitamente formati, attivano funzioni di prossimità, intese come azioni di contatto realizzate con un approccio comunitario, capaci di raggiungere nei luoghi di vita delle persone gruppi che in genere non accedono ai servizi, offrendo informazione finalizzata a ridurre i rischi ed i danni sanitari, ascolto, supporto educativo, sostegno alla crescita e orientamento, e nello stesso tempo raccogliendo informazioni aggiornate sugli stili di vita dei giovani.

E' necessario coordinare e rendere coerenti le azioni messe in atto attraverso il coordinamento delle attività/progetti realizzati nei vari servizi: la programmazione e verifica delle attività di prevenzione; il collegamento interistituzionale - per l'elaborazione di un piano complessivo delle azioni sociali, educative e sanitarie, superando i modelli di intervento tradizionali e predisponendo percorsi specifici che valorizzino la attiva partecipazione dei giovani, caratterizzati da:

- articolazione di funzioni e di competenze: prossimità/contatto, orientamento/sostegno, valutazione e presa in carico;
- forte collegamento e coordinamento di Servizi e di professionalità diversi per mandato e per appartenenza;
- flessibilità intesa come capacità dei Servizi di adattarsi alla varietà e molteplicità dei bisogni espressi dagli adolescenti aggregando rapidamente competenze anche fra loro "distanti" e non appartenenti ad uno stesso ambito operativo;
- "percorsi" per gli adolescenti ed i giovani con iter assistenziali nei quali siano superati gli ostacoli e le rigidità derivate dalle organizzazioni dei singoli Servizi;
- multidisciplinarietà.

L'approccio attuale alle politiche giovanili rafforzato anche dalla legge regionale 14 del 28 luglio 2008 "Norme in materia di politiche per le giovani generazioni", si caratterizza in modo innovativo nella trasversalità ed intersettorialità delle azioni, nell'integrazione tra le stesse e nel collegamento tra gli interventi di promozione del benessere e di contrasto al disagio.

In linea con le direttive del Ministero per le Politiche Giovanili e le Attività Sportive (POGAS), si possono individuare numerose linee di azione che riguardano la vita dei giovani:

- l'accesso al mondo del lavoro;
- lo sviluppo e la valorizzazione delle competenze e della formazione dei giovani;
- l'accesso alla casa;
- il contrasto alla disuguaglianza digitale;
- la promozione della creatività giovanile e della fruizione culturale;
- la promozione della partecipazione alla vita pubblica e della rappresentanza;

- la promozione del dialogo interreligioso e interculturale;
- il contrasto al disagio giovanile;
- la promozione dell'accesso alla pratica sportiva.

A conclusione del percorso di autoformazione per gli operatori attivi sulle politiche giovanili nei Comuni, promosso dalla Provincia di Bologna dal gennaio all'aprile 2008, sono state approvate le **"Linee guida per il coordinamento e la progettazione di azioni per le politiche giovanili"** che vengono tenute a riferimento per le attività dei Comuni e della Provincia di Bologna per il periodo 2008-2010.

Metodologie condivise di progetto e di verifica dell'efficacia delle azioni

È esperienza comune che la disponibilità di risorse finanziarie per gli Enti locali tende a diminuire.

In questa prospettiva anche in materia di politiche giovanili assume forte rilevanza il ruolo dei progetti come start-up di servizi e processi e la strategicità di un coordinamento territoriale sovracomunale delle azioni. Da questa constatazione emerge la necessità di produrre progetti con un grado di qualità elevato ed innovativo, per poter accedere ai finanziamenti pubblici e privati. Questo grado di qualità lo si può ottenere in gran parte con una organizzazione tecnica e un metodo di lavoro complesso, che un singolo Comune difficilmente riesce ad esprimere. Da qui nasce l'esigenza condivisa di dotarsi di gruppi di lavoro sovracomunali e provinciali che sappiano produrre progetti effettivamente candidabili ad ottenere finanziamenti, soprattutto che siano orientati a soddisfare le domande sempre in evoluzione dei giovani. L'istituzione di un Focus permanente sulle politiche giovanili a livello provinciale vuole dare una risposta concreta ed immediata a questi problemi, che abbiamo verificato con gli Amministratori ed i tecnici comunali essere preoccupazione quotidiana e reale.

Un portfolio delle politiche giovanili

È opportuno evidenziare con apposite indagini annuali a livello sovracomunale di Zona o di Comune, la quota di risorse che l'Ente locale destina alle proprie azioni di politiche giovanili, sia come centro di costo specifico, sia come sommatoria degli impegni che a vario titolo riguardano i giovani (sport, scuola, famiglia, associazionismo, volontariato, ...). Anche nell'ottica del Bilancio sociale – strumento ormai diffuso ed ampiamente efficace nel pubblico come nel privato – questo "portfolio delle politiche giovanili" può divenire una buona prassi, utile all'interno degli enti e nella comunicazione verso i cittadini.

Rafforzamento del rapporto tra istituzioni, associazionismo e scuola a favore della famiglia e dei giovani

Stringere sempre più le relazioni tra queste istituzioni, famiglia ed associazioni è utile per dare alla famiglia e ai giovani una proposta di comunità educante coerente e coordinata nel territorio di riferimento e di vita quotidiana. La relazione già praticata e in essere nei nostri territori tra Comune - ASL - Scuola è orientata alla ottimizzazione dei servizi per i minori. Buone e ottime esperienze sono in atto ma affrontano ancora marginalmente l'agio. Proposte di azioni pubbliche di politiche giovanili per l'agio devono intervenire in particolare modo nel consolidare ed ampliare le relazioni istituzioni pubbliche ed associazioni, nelle quali c'è gran parte del volontariato attivo e positive relazioni tra generazioni (iscritto o frequentante (adolescente) – animatore (giovane) – dirigenti o responsabili (adulti) che producono rapporti interpersonali di qualità. Per le istituzioni pubbliche porsi l'obiettivo di facilitare lo scambio di esperienze e la formazione degli animatori delle associazioni del territorio della Zona sovracomunale è raggiungere il risultato di valorizzare le esperienze di volontariato giovanile e acquisire esperienze e informazioni da chi è a contatto diretto con gli adolescenti in momenti di agio (sport, cultura, attività di comunità religiosa). È concretizzare l'attività sociale di un territorio alle famiglie che possono scegliere la delega educativa al capitale sociale presente nel luogo dove risiedono. Il comune può facilitare e rendere possibile il dialogo tra diversi attori sociali e creare così uno spazio di progettualità territoriale basato sulla integrazione del volontariato associativo giovanile.

Governance delle politiche giovanili

Viene formalizzata l'articolazione di Tavoli sulle politiche giovanili nelle Zone socio sanitarie e il Coordinamento provinciale. I tavoli zionali e il Tavolo di coordinamento provinciale devono caratterizzarsi per la continuità e per l'interlocuzione reciproca, a livello tecnico e politico. Inoltre il Focus permanente delle politiche giovanili¹³ si inserisce all'interno del modello di governance dei Piani di zona per la salute e il benessere delineato dalla Provincia di Bologna e condiviso in sede politica e tecnica dai Comuni del territorio provinciale e dalle Aziende USL. Nello specifico:

- o **a livello provinciale**, lo Staff tecnico permanente (composto dai Responsabili degli Uffici di piano e dai Direttori di distretto) riconosce il Focus permanente delle politiche giovanili come l'interlocutore privilegiato in materia di politiche giovanili ed il Focus rientra a pieno titolo tra i gruppi di lavoro permanenti attivati a livello provinciale. Inoltre, si prevede un osservatorio delle politiche giovanili coordinato con le azioni regionali che si attiveranno con l'Accordo Quadro GECO che tiene i contatti con i Focus permanenti delle zone e organizza i Focus permanenti provinciali semestrali o quadrimestrali per l'approfondimento culturale ed esperienziale sulle azioni di politiche giovanili in atto nel territorio e per la presentazione pubblica delle attività e della efficacia del coordinamento provinciale delle politiche giovanili;
- o **a livello zonale**, il Focus permanente delle politiche giovanili, in accordo con lo Staff tecnico permanente, promuove l'attivazione di tavoli tematici specifici sulle politiche giovanili con tutte le professionalità e le organizzazioni del terzo settore che si occupano di politiche giovanili, per sostenere lo sviluppo di un'ottica promozionale nella programmazione delle politiche per i giovani del territorio provinciale; realizzare un confronto tra i rappresentanti di Istituzione Pubbliche, Associazioni, Scuole; creare progetti di azioni e di verifica dell'efficacia degli stessi e delle azioni continuative di servizi per i giovani.

Immigrati

Problematiche emergenti

L'area grigia

Extracomunitari, comunitari ed italiani, regolari ed irregolari: quale target? Le problematiche presentate ai servizi da numerosi utenti neocomunitari sono sostanzialmente sovrapponibili a quelle degli utenti extracomunitari, nonostante il loro status giuridico sia nettamente distinto. In taluni casi, peraltro, il cambiamento di status giuridico ha determinato delle difficoltà interpretative non ancora pienamente risolte.

Sullo sfondo, vanno inoltre tenute debitamente in considerazione due questioni aperte:

- i servizi, specie di bassa soglia, incrociano spesso persone in condizione giuridica di irregolarità. L'estrema complessità della cornice giuridica apporta notevoli ostacoli sia all'agire quotidiano degli operatori, sia ai percorsi di integrazione dei cittadini stranieri. Di più, la normativa nazionale contribuisce grandemente a rendere difficoltosa la permanenza ed il lavoro regolari in Italia. Per questi motivi, è fondamentale che i servizi socio-sanitari dialoghino ed operino efficacemente in rete anche con le forze dell'ordine e con gli uffici territoriali del governo centrale;
- cresce la cosiddetta 'area grigia' delle persone a rischio di povertà ed emarginazione, fortemente esposte alle contingenze. Quest'area travalica i confini della popolazione straniera immigrata e coinvolge, in ragione dei trend del mercato del lavoro, anche molti cittadini italiani. Anche l'area del 'disagio estremo', spesso su strada, coinvolge sia gli italiani che gli stranieri. Per questi motivi non vi può essere alcuna netta separazione tra i servizi per immigrati e quelli per la comunità globalmente intesa; gli obiettivi di inclusione, sicurezza, appartenenza, territorio devono essere trasversali.

¹³ Gabinetto di Presidenza della Provincia di Bologna, Unità Organizzativa Formazione Provincia di Bologna, Associazione AGiO onlus: Focus sulle Politiche giovanili, 23 gennaio – 23 aprile 2008. Documento finale: Linee guida per il coordinamento e la progettazione di azioni per le politiche giovanili, 23 aprile 2008.

Al fine di impostare e realizzare servizi efficaci, rimane peraltro essenziale mantenere una funzione di osservatorio sovralocale sul fenomeno immigratorio, che coinvolge una popolazione eterogenea ed in mutamento.

Il tema della casa

Specie nei centri urbani più grandi, il tema della casa assume toni drammatici per vaste fasce della popolazione e coinvolge anche gli autoctoni. Nei confronti degli immigrati vi sono del resto alcune aggravanti specifiche, di natura sia sociale che organizzativa:

- la diffidenza e la discriminazione da parte dei proprietari per quanto riguarda l'affitto;
- le difficoltà di accesso al credito per l'acquisto (carenti garanzie per accendere mutui);
- le dimensioni relativamente ridotte della media degli alloggi ERP rispetto alla numerosità delle famiglie straniere;
- le problematiche di conoscenza e rispetto delle procedure e della strumentazione (caldaia, iscrizione anagrafica, nome sul campanello, utenze...) e di convivenza nel contesto condominiale/di vicinato (spazi comuni, orari...) – tali per cui si pone l'esigenza di accompagnare l'inserimento abitativo vero e proprio con interventi di mediazione e di accompagnamento sociale collaterali all'inserimento abitativo vero e proprio.

E' in netto aumento la quota di immigrati tra gli sfrattati per morosità, al punto che in alcune zone essi sono oramai la maggioranza.

Inserimento lavorativo

Si pongono problemi relativamente inediti ai servizi sociali rispetto all'inserimento e mantenimento lavorativo regolare degli immigrati, anche a fronte di un rallentamento macroeconomico, come conferma anche il dato di crescita del numero di beneficiari stranieri di borse-lavoro.

Da tenere monitorata, inoltre, è la situazione degli stranieri neo-imprenditori, parte dei quali pare essersi indebitata su business plan non sufficientemente ponderati.

Rimangono, del resto, ancora irrisolti sia i problemi relativi al riconoscimento dei titoli di studio conseguiti all'estero, sia gli ostacoli che i lavoratori stranieri qualificati, compresi quelli che hanno studiato in Italia, incontrano nel trovare una collocazione lavorativa adeguata al proprio livello.

Altrettanto presente ed usuale, infine, è il tema dei percorsi di emersione del lavoro nero.

Disagio psichico e dipendenze patologiche

In aumento sono i casi di disagio mentale connesso alle difficoltà ed agli insuccessi della migrazione, alla solitudine, alla nostalgia di casa; nel breve e medio periodo si rivelano anche casi di persone con 'traumi da sbarco'.

Sta inoltre emergendo una nuova area di dipendenze patologiche da considerazione con attenzione, soprattutto tra le assistenti familiari e le seconde generazioni:

- le assistenti familiari soffrono spesso di problemi di solitudine e di carenza di opportunità di socializzazione ed incontro, connessi in alcuni casi a stili di consumo di sostanze psicoattive – alcool in primis – in uso nei Paesi d'origine;
- le seconde generazioni rivelano le carenze di percorsi di integrazione esistenti, che si tramutano talvolta in problemi psicologici (disagio) e sociali (comportamenti devianti).
A complicare il quadro sta il fatto che, in numerosi casi, i servizi, rilevato il disagio, non riescono ad entrare in contatto e dialogare in modo soddisfacente con le famiglie.

In merito ad entrambe queste aree di bisogno, essenziale è l'integrazione tra servizi sociali e servizi sanitari.

Servizi: accesso e fruizione, mediazione interculturale

Si pone una duplice esigenza: promuovere un migliore e più efficiente accesso ai servizi, per un verso, e razionalizzare l'attuale sistema di welfare, per l'altro verso.

Ciò introduce una serie di questioni strategiche, su cui il welfare locale misurerà necessariamente la propria qualità nel prossimo futuro:

- il sistema dei servizi non è sempre sufficientemente conosciuto dai beneficiari finali, anche in ragione della complessità e disomogeneità delle sue procedure. In un contesto di questo tipo, si determinano anche problematiche di equità. E' pertanto necessario investire maggiormente sull'informazione;
- in questi anni vari tipi di sportello sono stati creati a favore della popolazione straniera,

a cura degli Enti locali, delle organizzazioni del privato sociale, delle associazioni di categoria etc. E' ora necessario un salto di qualità della rete così costituita, promuovendo innanzitutto punti di contatto tra i vari snodi e di incrocio con il resto dell'offerta di servizi, sulla base di una rilettura del bisogno in grado di verificare la propria efficacia ed il proprio impatto e realizzare così, se e ove necessario, delle modifiche all'organizzazione complessiva. Si pone l'esigenza di architettare la rete al fine di offrire sia sportelli di primo livello, rivolti ai beneficiari finali (gli stranieri immigrati), sia sportelli di secondo livello, rivolti ai beneficiari intermedi (gli operatori dei servizi), accessibili anche telematicamente. E' fondamentale che gli sportelli di prima accoglienza per immigrati operino in più stretta sinergia con gli Sportelli sociali, nella prospettiva di integrare i due punti-servizio in un unico sistema, anche promuovendo la capacità di presa in carico dei cittadini stranieri da parte degli operatori dello Sportello sociale stesso;

- è necessario andare oltre la logica dello sportello plurisettoriale specializzato per immigrati, e, contemporaneamente, investire affinché tutti i servizi territoriali evolvano in chiave interculturale. Al fine di trovare un nuovo equilibrio tra questi due poli si rendono opportuni alcuni passaggi: la formazione e qualificazione dei mediatori anche considerando in prospettiva la possibilità di una trasformazione di tale figura in quella dell'operatore, da un lato, l'aggiornamento professionale in chiave interculturale agli operatori, anche con azioni di accompagnamento, dall'altro lato. All'interno del nuovo paradigma, visto che l'utenza immigrata presenta spesso una serie di peculiarità (la carenza linguistica, le differenze culturali, i vincoli normativi), l'attuale sportello per immigrati dovrebbe comunque conservare alcune competenze quali la consulenza, l'assistenza e la tutela legale, in riferimento alla permanenza e accesso regolari sul territorio nazionale. Infine, in ambito urbano è realisticamente opportuno che in riferimento a gruppi specifici di utenti (v. i minori stranieri non accompagnati ed i richiedenti asilo) rimangano vigenti gli sportelli di primo livello dedicati.

Questa serie di riflessioni si rende stringente anche alla luce dell'auspicato prossimo passaggio agli Uffici Anagrafe dei Comuni di una serie di competenze attualmente in capo alle Prefetture-Questure (progetto ANCI).

Alfabetizzazione alla lingua italiana, istruzione e formazione

La conoscenza della lingua italiana è uno strumento fondamentale per l'integrazione sociale. Fra gli adulti stranieri, immigrati anche da lunga data, specie se donne, permangono però vaste carenze riguardo. A volte tale bisogno rimane implicito; altre volte, esso non viene soddisfatto a causa delle modalità organizzative e didattiche in cui i corsi di alfabetizzazione vengono solitamente offerti.

E' necessario investire in questo campo, in merito sia ai corsi base che a quelli più avanzati:

- rinnovando lo stile ed adattandolo all'utenza adulta straniera, suddivisa per tipologie (donne, lavoratori...);
- sperimentando forme di collaborazione con i mass-media e di utilizzo delle nuove tecnologie;
- puntando ad una diffusione più capillare sul territorio;
- sostenendo i Centri Territoriali Permanenti per l'istruzione e la formazione in età adulta, che non possono più contare sulle linee di finanziamento UE dedicate a questi temi, le organizzazioni di volontariato, i docenti.

In riferimento ai minori stranieri è importante dedicare maggiore attenzione a quattro problematiche principali:

- l'inserimento in classe, ad anno scolastico già iniziato, di alunni non italiano-parlanti;
- la dispersione scolastica;
- l'orientamento dopo l'assolvimento dell'obbligo scolastico.
- il supporto all'integrazione nella formazione professionale.

Politiche di genere

Le donne, specie quelle immigrate per un ricongiungimento familiare, rimangono una popolazione fragile, su cui i servizi mostrano di essere spesso inefficaci.

Il tema dell'accesso ai servizi soprattutto sanitari, con particolare riguardo per la salute riproduttiva (screening, percorso nascita, fertilità e contraccezione, menopausa...), va approfondito a vasto raggio, considerando anche il fatto che le differenze culturali giocano un ruolo importante in questo campo; vanno sperimentate nuove forme di intervento culturalmente sensibili.

Stanno emergendo anche questioni relativamente inedite, quali il ricorso ripetuto all'IVG e la violenza intra-familiare – da intendersi sia in termini di abuso vero e proprio, che di impedimento alla realizzazione di sé al di fuori della famiglia (lavoro, scuola...).

Le donne sono un fondamentale volano dell'integrazione e del benessere di tutte le persone in famiglia. Appunto per questo motivo, vanno coinvolte in progetti di corretta educazione alimentare, visto che sono in crescita le patologie connesse ad una scorretta alimentazione.

Più in generale, è opportuno inserire stabilmente negli interventi l'importante variabile del genere dei destinatari, considerando appieno anche quello maschile, che si sviluppa maggiormente nel mondo del lavoro (infortuni e malattie professionali, alfabetizzazione sul luogo di impiego...) e negli spazi sociali extra-domestici (ad esempio lo sport, su cui, anche visto che ridottissima è la presenza di ragazze straniere, è necessario dedicare maggiore attenzione in termini di inclusione e benessere).

Secondo generazioni

E' necessario investire maggiormente sulle seconde generazioni, che rappresentano una risorsa importante per l'integrazione, dato il loro ruolo di 'ponte':

- sostenere il loro associazionismo specifico ed accompagnare il passaggio generazionale in seno agli organi dirigenti e di staff dell'associazionismo degli immigrati;
- favorire la loro entrata tra il personale impiegato nei servizi alla persona pubblici e del privato sociale.

Accoglienza e casa

Continua ad essere una delle sfide più importanti per il nostro welfare locale, anche in ragione del fatto che questa problematica coinvolge sempre più ampie e differenziate fasce di popolazione – in riferimento sia alle persone a forte rischio di emarginazione, sia alle persone né a tal punto povere da poter entrare in posizione utile nelle graduatorie ERP né in grado di far fronte al prezzo comune del mercato immobiliare.

Forte si pone l'esigenza di differenziare questo tipo di servizio, anche al fine di proporre interventi mirati, realistici ed economicamente sostenibili per l'Ente locale. Il range di offerta deve andare oltre i centri di accoglienza/posti-letto per uomini single e donne con prole, oltre l'ERP – sul quale è opportuno riflettere sulle modalità di accesso - ed oltre il canone d'affitto a prezzo concordato, per sperimentare invece con forza forme innovative di housing sociale quali l'albergo popolare, il co-housing, l'auto-costruzione, il sostegno all'intermediazione immobiliare ed all'accesso al credito, le azioni di garanzia (fondi di rotazione), l'utilizzo vincolato di spazi pubblici da parte di cooperative edificatrici.

Rimane, poi, l'esigenza di garantire una base di prima accoglienza, in strutture di dimensioni medio-piccole, per utenti in parte diversi da quelli tradizionali e mirati ad alcuni specifici gruppi: rom, minori stranieri non accompagnati e richiedenti asilo in primis, ma anche le famiglie autoctone recentemente impoverite. Va costruita, a questo riguardo, una collaborazione più stretta con il privato for profit (associazioni imprenditoriali).

Inclusione, partecipazione

Il capitale sociale è uno dei determinanti di salute e di benessere di primaria importanza per le persone che vivono su un determinato territorio. Al fine di promuoverlo al meglio, le politiche sono chiamate ad incarnare nei propri interventi valori quali: la solidarietà ed i legami di fiducia e di lealtà, la cittadinanza attiva, le pari opportunità, il senso di appartenenza, le responsabilità personale e collettiva, l'auto-mutuo-aiuto, il dialogo.

Il sostegno alle iniziative di comunicazione interculturale, il supporto allo sviluppo sul territorio degli snodi locali della rete regionale antidiscriminazione e l'attivazione di forme di

partecipazione e rappresentanza politica dei cittadini extracomunitari ed apolidi, sono quindi tre percorsi sovradistrettuali da confermare e sviluppare.

E' opportuno, inoltre, avviare delle iniziative, eventualmente targettizzate rispetto a specifiche sotto-popolazioni, che mirino a migliorare il clima sociale, la convivenza pacifica negli spazi di vita ed informali e la conoscenza reciproca tra autoctoni e stranieri e tra stranieri di diversa origine: campagne di informazione e sensibilizzazione, azioni di 'buon vicinato', opportunità di incontro. A tal fine è fondamentale il contributo congiunto di diversi assessorati: non solo delle politiche sociali e sanità e della scuola, ma anche dello sport e della cultura. E' altrettanto importante che i servizi comunichino consapevolmente ed in modo trasparente i propri criteri di presa in carico dei cittadini in difficoltà, al fine di chiarire una serie di equivoci esistenti nell'opinione pubblica locale e risolvere così i rischi di 'guerra tra poveri' tra utenti italiani e utenti stranieri.

Livello internazionale

Si pone l'esigenza per il welfare locale di maturare delle competenze in fatto di cooperazione internazionale, di concerto con le ONG, lungo due direttrici principali:

- il sostegno a progetti di rimpatrio volontario assistito nei Paesi di origine, specie per gli immigrati in difficoltà non momentanea ma strutturale;
- il ruolo dei migranti quali agenti di sviluppo nei propri Paesi di origine.

Carcere Povertà ed Esclusione

Analisi del contesto e dei bisogni

Il problema della povertà è oggi un fenomeno articolato e complesso ed in costante evoluzione.

I processi di impoverimento determinati dalla crisi economica, dalla perdita di potere d'acquisto degli stipendi e dei salari, dalle difficoltà nel sostenere i costi dell'abitare, da un mercato del lavoro che non riesce a garantire stabilità ma favorisce e accentua situazioni di precarietà e disoccupazione, riguardano in misura sempre crescente anche la nostra provincia, senza variazioni di rilievo fra la città ed i restanti comuni del territorio.

Questi processi generano di situazioni di sofferenza (spesso di natura economica) che, se non affrontate, possono aggravarsi e segnare il passaggio ad una condizione di marginalità ed esclusione sociale. Ciò può avvenire non solo a causa di accadimenti traumatici ma anche nel corso dei normali processi evolutivi dell'esistenza, così come per la concomitanza di più fattori di disagio. Si situano in quest'area delle cosiddette "nuove povertà", soprattutto nuclei monogenitoriali ed in particolare donne sole con figli, famiglie monoreddito, famiglie numerose, ma anche giovani adulti, padri separati, anziani soli e nuovi cittadini per i quali la condizione giuridica incide in modo maggiormente rilevante nel determinarne il rischio di esclusione.

Le situazioni di povertà estrema ed emarginazione sociale grave riguardano numerose tipologie di soggetti, con bisogni che si differenziano anche in base alla collocazione territoriale ed alla condizione giuridica, quest'ultima in particolare incide sulla capacità di accesso ai servizi ed influenza le possibilità di risposta dei servizi stessi. Il bisogno di questa fascia di popolazione si caratterizza per lo più come multidimensionale, dove alla carenza o totale mancanza di reddito e, sovente, di sistemazione abitativa dignitosa, si affiancano povertà di relazioni, malattia, disagio psichico, dipendenza da sostanze legali ed illegali, mancanza di istruzione, situazioni di irregolarità/illegalità giuridica. Sono compresi in questa tipologia:

- **cittadini senza dimora**, si stimano sul territorio provinciale circa 1.000 persone prive di abitazione; si tratta di cittadini italiani e stranieri, per lo più irregolari, soprattutto uomini adulti soli ma anche donne, minori stranieri non accompagnati, richiedenti asilo e rifugiati. Questo fenomeno caratterizza in modo specifico la città, ma inizia ad interessare anche i comuni della cintura urbana, mentre incide in modo scarsamente rilevante nel resto della provincia;

- **popolazione rom e sinta**, che vive in parte nei campi regolarmente istituiti e gestiti dai comuni e che rappresenta, complessivamente, lo 0.06% della popolazione totale; si stima ancor meno consistente la presenza in aree private di proprietà delle famiglie che vi abitano, dove si segnalano situazioni che si configurano come abusivismo edilizio, così come si rileva nell'area urbana la presenza (si stimano circa 100 persone) di rom comunitari in insediamenti abusivi temporanei, in condizioni di grave precarietà abitativa;
- **persone sottoposte a misure privative della libertà personale**, sia dentro che fuori dal carcere, per le quali è necessario accentuare e rendere effettiva la dimensione rieducativa della pena. Le difficoltà maggiori in tal senso si registrano in primo luogo a causa della situazione di "emergenza" ormai cronica in cui vivono le strutture penitenziarie, compresa quella bolognese, per il sovraffollamento, i rischi igienico-sanitari, la carenza di personale educativo e anche di sorveglianza. In secondo luogo il carcere accoglie ancora – acuendone le difficoltà - le fasce più marginali della società: stranieri irregolari, persone con problemi di dipendenze patologiche e disagio mentale, i cui comportamenti devianti hanno sovente come matrice comune la sofferenza. Infine, anche per le persone che scontano la pena fuori dal carcere e/o che possono contare su maggiori risorse personali e sociali, le difficoltà che si riscontrano nei percorsi di reinserimento sociale, riguardano principalmente la ricerca di occupazione e la ricostruzione di legami sociali positivi e significativi.

La presenza di persone in situazione di povertà e marginalità, seppure numericamente non rilevante, contribuisce a destare forte allarme sociale, spesso strumentalmente alimentato dai mass-media, ed a generare una domanda di sicurezza intesa unicamente in un'ottica repressiva.

Insicurezza e solitudine, come ricordano autorevoli studiosi, sono invece determinate dalle complessità derivanti dalla globalizzazione e dai fenomeni ad essa connessi, principalmente legati alla riduzione dell'intervento pubblico in campi tradizionalmente occupati dalle politiche di welfare, alle privatizzazioni dei sistemi di welfare ed alla precarietà/flessibilità del mercato del lavoro.

Per affrontare adeguatamente queste problematiche è dunque necessario rilanciare i valori sociali della convivenza, dove i bisogni dell'"altro" assumono una rilevanza importante per la dimensione pubblica della vita e sono intesi come certezza di diritti e di risposta ai bisogni, avendo cura ed attenzione nel superare approcci assistenzialistici e nel riaffermare i valori della solidarietà sociale diffusa e della sussidiarietà, intesa quest'ultima come sostegno e valorizzazione di quelle funzioni più proprie del terzo settore che riguardano l'attenzione, la considerazione e la presa in carico della dimensione affettiva e relazionale dell'intervento.

Priorità di intervento: lavoro, casa, salute e benessere

Premessa fondamentale nell'affrontare le problematiche legate ai processi di impoverimento è la consapevolezza che per contrastare e prevenire tali fenomeni è necessaria una forte sinergia tra politiche socio-sanitarie, politiche della casa e del lavoro. Analogamente, considerando le situazioni di esclusione e povertà estreme, è importante riconoscere da un lato la multidimensionalità e quindi l'esigenza di una forte integrazione e collaborazione fra servizi nella presa in carico e nella gestione dei singoli casi, dall'altro la dimensione anche immateriale, di isolamento dal sistema sociale nel quale il soggetto vive, sviluppando politiche di intervento che richiamino dimensioni di comunità, relazionali, di gruppo e che possano sostenere i processi di maturazione e crescita sociale e umana delle persone. In tutti i casi l'azione dei servizi deve essere orientata al recupero dell'autonomia dei singoli e delle famiglie.

Si individuano **tre aree d'intervento** nelle quali sviluppare azioni positive orientate sia alla prevenzione che alla risposta ai bisogni: il lavoro, la casa, la salute e il benessere sociale.

Lavoro

Il tema del lavoro, fondamentale non solo per l'autonomia economica delle persone, ma anche perché il lavoro è strumento capace di ridare dignità alla persona e di consentire il recupero di relazioni e rapporti sociali. Le politiche del lavoro dovrebbero contrastare la

tendenza alla precarizzazione dei contratti, sviluppare misure di incentivazione per le aziende che assumono soggetti in condizioni di disagio, agire sul mercato del lavoro per consentire la piena e sicura occupazione, anche con un forte richiamo alla responsabilità sociale di impresa in modo particolare per sostenere e accompagnare, in sinergia con i servizi del territorio, l'inserimento lavorativo delle fasce sociali più deboli.

A livello locale è utile:

- potenziare la funzione dei Centri per l'Impiego di accompagnamento e supporto al reinserimento lavorativo dei soggetti svantaggiati, sviluppandone la capacità di raccordo con i servizi del territorio (in modo specifico con i Dipartimenti di Salute Mentale, i Servizi per le dipendenze patologiche, i Servizi Sociali Adulti) e potenziandone la funzione di incrocio domanda/offerta di lavoro. In particolare è utile la messa in rete dei Centri per l'Impiego con gli Sportelli Sociali anche condividendo la strumentazione informatica per avere in tempo reale informazioni sul caso e poter meglio agire congiuntamente nella gestione dei singoli interventi¹⁴;
- sviluppare azioni che facilitino l'inserimento lavorativo dei soggetti più deboli attraverso la formazione professionale, la formazione in situazione, esperienze di transizione ed accompagnamento al lavoro, borse lavoro, etc..;
- sostenere, anche attraverso l'esternalizzazione di attività da parte degli enti pubblici, le esperienze associative e cooperative che promuovono la logica dell'empowerment, dell'auto-aiuto, della valorizzazione delle risorse e capacità lavorative di chi vive il disagio;
- promuovere esperienze di Lavoro Socialmente Utile, presso aziende ed enti pubblici, rivolte soprattutto agli adulti 40-50enni disoccupati con difficoltà a reinserirsi nel mercato del lavoro;
- per la popolazione detenuta, in particolare, è necessario un maggior raccordo fra i Servizi sociali adulti del territorio, gli sportelli per i detenuti attivi nella nostra provincia (Sportello informativo intramurario e Sportello info-lavoro), il Servizio sociale del Ministero della Giustizia, l'Area pedagogica del carcere, per dare continuità agli interventi rieducativi e di reinserimento che è stato possibile avviare durante la detenzione.

Casa

La questione abitativa: tema questo ancor più cruciale perché è il nodo principale e più spinoso da sciogliere nei percorsi di inclusione e reinserimento sociale delle persone in difficoltà e perché spesso è proprio l'impossibilità a sostenere i costi troppo elevati degli affitti e/o delle rate dei mutui, che segnano il passaggio da una condizione di povertà economica ad una di marginalità estrema. In quest'area è dunque prioritario recuperare una politica di investimenti nell'Edilizia Residenziale Pubblica, per aumentare l'offerta abitativa, anche differenziandola sulla base delle specificità e dei bisogni delle persone.

A livello locale è utile:

- potenziare l'offerta di servizi a bassa soglia di accesso e per la prima accoglienza, anche nei comuni della cintura urbana, con riguardo soprattutto a uomini adulti e soli;
- aumentare l'offerta di alloggi per l'emergenza abitativa, soprattutto considerando donne sole con figli, famiglie monoreddito e famiglie numerose;
- potenziare la disponibilità di strutture/alloggi di seconda accoglienza per sostenere e supportare gli interventi di reinserimento sociale ed i percorsi di autonomia abitativa nei soggetti in carico ai servizi
- modificare i criteri per la gestione degli alloggi ERP, sia introducendo canoni concordati di affitto per i redditi medio-alti che mantengono il diritto all'abitazione pubblica, sia promuovendo forme di autorecupero degli alloggi da parte degli assegnatari
- aumentare la disponibilità di fondi per l'erogazione di contributi per l'affitto e per le spese di investimento sulle strutture
- implementare e rendere operative Agenzie per l'affitto per agevolare l'incrocio domanda/offerta di alloggi a canone concordato, per nuclei familiari e singoli che non riescono ad accedere all'offerta ERP
- sviluppare iniziative a sostegno dei mutuatari in difficoltà con l'obiettivo di ridurre al mi-

¹⁴ Su questo tema è già in corso una sperimentazione nei distretti Pianura est e Imola.

nimo i casi di insolvenza e favorire il ripristino di un rapporto rata/reddito sostenibile, a tal fine è utile anche agevolare l'accesso al microcredito, sostenere lo sviluppo di agenzie bancarie sul modello delle banche JAK

- per le comunità sinte e rom è necessario introdurre misure che tendano a superare il sistema ghettizzante dei campi e favoriscano l'inserimento abitativo in alloggi con caratteristiche adeguate alle specificità di questa popolazione, sono opportune variazioni ai PSC al fine di sanare le situazioni di abusivismo edilizio e di allestire e trasformare gli attuali campi sosta in aree a destinazione particolare ai sensi della L.R. 47/98
- è necessario un forte richiamo alla responsabilità sociale per le imprese a partecipazione pubblica che gestiscono le utenze (soprattutto gas, luce, acqua), affinché, in accordo con i servizi sociali del territorio, introducano misure di riduzione dei costi per le persone in difficoltà economica e facilitino la possibilità di sanare eventuali morosità attraverso la rateizzazione dei debiti contratti.

Salute e benessere sociale

La promozione della salute e del benessere sociale è un tema particolarmente delicato in questa area, dove è forte l'intreccio fra povertà, malattia, emarginazione sociale. Nella presa in carico dei soggetti che vivono condizioni di povertà e marginalità estreme è necessario anzitutto un maggiore raccordo fra servizi sanitari e sociali, anche nella gestione dei singoli interventi, così come lo sviluppo di iniziative che tendano ad incrementare le reti relazionali di aiuto.

- promuovere iniziative di educazione alla salute e di informazione sull'accesso ai servizi socio-sanitari, anche sviluppando azioni di accompagnamento ai servizi per le persone che hanno in tal senso maggiori difficoltà (es. stranieri irregolari o persone con disagio psichico), tali iniziative dovrebbero essere orientate anche ad un uso più mirato dei servizi, evitando accessi impropri al pronto Soccorso
- prevedere la possibilità di far intervenire il servizio E-Care non solo verso gli anziani soli ma anche verso altre tipologie di persone che vivono situazioni di solitudine e fragilità relazionale
- allargare la possibilità anche alla persone con disagio psichico di fruire del Fondo per la non autosufficienza
- prevedere un ampliamento dell'offerta di Unità di strada, sia con riguardo alla quantità e tipologia degli interventi erogabili, sia in riferimento al tipo di utenza cui il servizio è rivolto
- rivedere le modalità di erogazione dell'assistenza odontoiatrica, ampliando le possibilità di accesso al servizio e la tipologia delle cure prestate
- sviluppare il raccordo e la rete con i Dipartimenti di Salute Mentale per la presa in carico ed il trattamento di quelle forme di disagio mentale e di dipendenza patologica che accompagnano e favoriscono la condizione di marginalità sociale delle persone, anche prevedendo interventi mirati all'accoglienza di quei soggetti che hanno difficoltà a percepire il proprio disagio e quindi a rivolgersi spontaneamente ai servizi
- sostenere le esperienze associative e del volontariato che possono sviluppare intorno al soggetto in difficoltà una rete di relazioni in risposta a quella solitudine esistenziale che, se è ormai caratteristica dell'uomo "globale", è tanto più forte e accentuata per le persone che vivono situazioni di emarginazione sociale e povertà estreme.

Anziani

Premessa e contesto

Dal punto di vista del profilo demografico, la Provincia di Bologna presenta nel suo complesso una quota molto elevata di popolazione anziana, caratterizzata da una presenza forte e crescente di ultra settantacinquenni, che passano dall'8% della popolazione residente al 31/12/1988 al 12% della popolazione residente al 31/12/2006.

Questo quadro fa di Bologna un paradigma rispetto al futuro demografico italiano, perché è qui, dove si è raggiunto un indice di invecchiamento che il resto del paese si prevede

raggiungerà soltanto fra dieci o quindici anni, che vanno sperimentate politiche innovative in grado di governare il fenomeno dell'invecchiamento.

Se si sapranno sviluppare queste politiche, Bologna potrà diventare il laboratorio in cui dimostrare che l'invecchiamento non comporta ineluttabilmente una crescita della disabilità e della non autosufficienza, o un sovraccarico dei servizi tale da determinare una crisi del sistema di welfare.

Al contrario, la popolazione anziana potrà rappresentare una risorsa per tutta la popolazione, contribuendo a sostenere e rafforzare il tessuto di relazioni, di cultura e di solidarietà che costituisce il capitale sociale della nostra regione.

Queste politiche vanno sviluppate attraverso un nuovo approccio integrato che guardi innanzitutto alla qualità della vita degli anziani, affrontando insieme i problemi assistenziali, dell'abitare, del muoversi, dei servizi, della cultura, del tempo libero e del turismo, sotto tre aspetti fondamentali:

- **la partecipazione alla vita pubblica e culturale**, sia come diritto di cittadinanza che come importante fattore di prevenzione
- la prevenzione, perché non si deve dare per scontato che l'invecchiamento della popolazione comporti di per sé un aumento della disabilità e del carico per i servizi sanitari e sociali.
- **lo sviluppo di un'offerta di servizi basata su modelli di assistenza più efficienti**, più capaci di sostenere l'autonomia residua e più vicini ai desideri degli anziani

Partecipazione alla vita pubblica

L'invecchiamento della popolazione è di per sé una conquista, ma è anche una situazione che ha grandi potenzialità per lo sviluppo del benessere sociale dell'intera comunità, a condizione che si riesca a valorizzare il ruolo delle persone anziane e il contributo che esse possono dare per il rafforzamento delle reti sociali e delle opportunità di aggregazione e di relazione.

Va tenuto presente, infatti, che non è solo cresciuta la durata della vita ma è anche cambiato, e può cambiare ancora il modo di invecchiare, non ci si sente vecchi a 65 anni, ma quando si sente di cominciare a perdere l'autosufficienza, e fra l'età del pensionamento e la perdita dell'autosufficienza c'è un lungo periodo di vita attiva che gli anziani possono sfruttare per dare un contributo importante al proprio e all'altrui benessere.

Per realizzarsi, queste potenzialità hanno bisogno di essere promosse, affrontando in particolare le principali criticità rilevate dai testimoni significativi del territorio:

- l'allentamento delle reti sociali e una minore propensione delle nuove generazioni di anziani a partecipare alle forme di aggregazione tradizionalmente presenti sul territorio
- una mobilità eccessivamente dipendente dal mezzo privato, che pone seri ostacoli alla partecipazione alla vita pubblica per gli anziani che, per qualsiasi ragione, non siano in grado di disporre.

Le priorità di intervento in questo campo, dunque, devono riguardare:

- lo sviluppo di proposte culturali innovative e adeguate alle nuove generazioni di anziani, per promuoverne la vita di relazione e la partecipazione attiva
- la sperimentazione di forme di residenzialità innovativa, tali da favorire la vita di relazione e lo scambio intergenerazionale (es. condomini solidali, cohousing ...)
- politiche dei trasporti e della mobilità attente allo sviluppo di percorsi protetti per la mobilità cittadina e allo sviluppo di alternative al mezzo privato più adeguate alle esigenze e alle condizioni degli anziani.

Prevenzione

Governare il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione significa innanzitutto non dare per scontato che invecchiamento significhi disabilità e aumento del carico per i servizi sanitari e sociali. Al contrario, è possibile aumentare gli anni in buona salute e prevenire le disabilità.

Da questo punto di vista già da diversi anni le politiche regionali e locali hanno spostato

l'accento dalla cura alla prevenzione, mirando a sviluppare un sistema di servizi tarato sulla tutela della salute, sul benessere e sulla prevenzione, in particolare attraverso i **Piani per la salute** e il **Piano regionale per la prevenzione**.

Per il triennio 2008-2010 occorre consolidare ed estendere il sistema di prevenzione già delineato, e in particolare consolidare i progetti di mappatura e monitoraggio della fragilità già avviati (e-Care, la mia casa sicura, progetto PRI-ER, emergenza caldo) e rafforzarne la connessione.

Evoluzione dell'offerta

Rispetto allo sviluppo dell'offerta, già da alcuni anni la CTSS ha avviato politiche volte a semplificare l'accesso e rafforzare la continuità terapeutica e assistenziale, assicurare livelli omogenei di servizio ed equità di accesso a tutti i cittadini, promuovere la permanenza degli anziani a domicilio, adeguare l'offerta di assistenza residenziale e semiresidenziale. Si confermano pertanto le indicazioni contenute nei documenti già approvati dalla CTSS, e in particolare:

- Strategie per lo sviluppo delle cure primarie nell'azienda USL di Bologna, in particolare per quanto riguarda la realizzazione di un sistema integrato di risposta alla cronicità
- Linee di indirizzo e ripartizione del Fondo regionale per la non autosufficienza, in particolare per quanto riguarda:
- lo sviluppo e la piena copertura territoriale del sistema Garsia per l'accesso e la continuità assistenziale
- il sostegno alla permanenza al proprio domicilio dell'anziano non autosufficiente
- l'ampliamento dell'offerta residenziale, portando l'indice di copertura al 3 % della popolazione ultra settantacinquenne con il convenzionamento di 388 posti letto nel triennio 2007-2009 e il rafforzamento della rete dei posti temporanei e di sollievo.

Si sottolinea inoltre il grande valore per l'equità di trattamento per tutti i cittadini del percorso avviato dall'Azienda USL di Bologna per la definizione di regolamenti omogenei per l'assistenza sociosanitaria su tutto il territorio che ha già dato risultati importanti e deve essere proseguito.

Si ritiene inoltre importante proseguire il percorso di monitoraggio e miglioramento della qualità delle strutture residenziali per anziani promosso dall'Azienda USL con il coinvolgimento degli Enti Gestori che ha portato alla definizione di una serie di indicatori di qualità e alla elaborazione e somministrazione periodica di un questionario di soddisfazione degli utenti e dei loro familiari.

Si segnala, infine, la necessità di sviluppare ulteriormente l'analisi su:

- **assistenza domiciliare**, con l'obiettivo di definire un modello di assistenza capace di rappresentare una vera alternativa al ricovero in struttura, affrontando le criticità relative a tempestività di attivazione dell'AD e della rete dei servizi, continuità dei percorsi di cura e assistenza, competitività, efficacia ed efficienza del SAD;
- **centri diurni**, con l'obiettivo di definire un modello maggiormente flessibile e una veste più integrata;
- **assistenti familiari**, aggiornando le proposte e le analisi già contenute nel documento del 2007 Assistenti familiari: linee d'indirizzo per un governo pubblico del fenomeno per sviluppare forme di sostegno e orientamento alle famiglie e definire modelli d'intervento atti a promuovere l'emersione e rendere competitivo il lavoro in regola.

Disabilità, invalidità e non autosufficienza in età adulta

Analisi del contesto

La Provincia di Bologna presenta un sistema di servizi per l'assistenza alle persone disabili storicamente solido e ben strutturato, che per molti anni ha rappresentato in questo campo una realtà all'avanguardia, e che ha contribuito a migliorare notevolmente

l'aspettativa di vita e la qualità della vita delle persone disabili, mostrando nel complesso una più che discreta capacità di risposta ai bisogni assistenziali primari della popolazione presa in carico.

Questo sistema di servizi si inserisce in un contesto sociale che, grazie a una particolare e diffusa sensibilità da parte dei cittadini e a una forte presenza dell'associazionismo, dimostra grande attenzione al tema della completa affermazione del diritto di cittadinanza delle persone disabili e ai principi di autonomia, indipendenza, piena ed effettiva partecipazione e inclusione all'interno della società.

Da alcuni anni, tuttavia, si rileva la necessità di un'evoluzione del sistema dei servizi, legata soprattutto alle mutate caratteristiche della popolazione in carico e ai bisogni emergenti di nuove popolazioni portatrici di handicap.

In relazione a questo, già nel 2003 la Conferenza sanitaria Regione – Area metropolitana approvò un documento di lavoro contenente alcune indicazioni strategiche di lungo periodo (Prime considerazioni sul tema problemi conseguenti l'invecchiamento della persona con disabilità fisica o mentale o psichica) che si ritengono tuttora valide e vengono confermate nel presente Atto di indirizzo della CTSS.

Vengono inoltre confermate analisi e proposte emerse dal gruppo di lavoro sul FRNA – disabili contenute nel Piano disabili adulti discusso dalla CTSS nella seduta del 3 ottobre 2007.

Evoluzione del fenomeno

La necessità di un approccio integrato, che ponga al centro la persona in tutta la complessità dei suoi bisogni e dei suoi percorsi di cura e di assistenza è quanto mai evidente nel caso delle persone che, per le ragioni più diverse, soffrono di una qualche limitazione alla capacità di condurre una vita autonoma o di inserirsi autonomamente nel mondo del lavoro.

L'analisi dell'evoluzione del fenomeno effettuata nel 2007 dal gruppo di lavoro istituito dalla CTSS di Bologna sull'utilizzo del FRNA (Piano disabili adulti, 3/10/07) ha infatti rilevato:

1. che la presa in carico di utenti disabili nel sistema dei servizi è un fenomeno in forte crescita (+ 38% nel territorio della CTSS di Bologna fra il 1999 e il 2006)
2. che la popolazione disabile in carico ai servizi si va profondamente modificando, principalmente a causa:
 - del progressivo invecchiamento della popolazione in carico, che ha una speranza di vita molto più alta rispetto al passato, e dei nuclei familiari di riferimento (crescita dell'utenza in fascia 40/64 anni dal 34,8 al 58,1% fra '99 e 2006).
 - del calo dell'utenza in carico per cause congenite e dell'aumento delle disabilità acquisite per trauma o per patologia, spesso in età adulta, con bisogni assistenziali, riabilitativi ed educativi diversi rispetto all'utenza storica;
 - della presenza di soggetti pluripatologici per i quali l'organizzazione dei percorsi per patologia a volte non riesce a rispondere alla complessità del bisogno, e in particolare della presenza di soggetti in cui alla disabilità si accompagnano disturbi comportamentali.

In generale, si assiste da un lato a un invecchiamento dell'utenza storica, dall'altro a una diversificazione e moltiplicazione delle cause di insorgenza e delle stesse motivazioni che spingono a rivolgersi ai servizi. Il concetto stesso di "disabilità" si è ampliato: oggi si rivolgono al servizio Handicap adulto anche persone che per esiti da malattia si trovano in una situazione invalidante, ma che fino a pochi anni fa non avremmo considerato utenti dei servizi per l'handicap (es. esiti da ictus, diabete ...).

Di fronte a questa profonda evoluzione dell'utenza, il rischio è di una presa in carico frammentaria e orientata dall'organizzazione dei servizi, e di una eccessiva incertezza e disomogeneità nei criteri di presa in carico da parte dei diversi servizi competenti (Handicap adulto, Cure primarie, Salute mentale, percorsi specialistici per patologia...).

Evoluzione della domanda

La maggior parte degli utenti in carico viene seguita sul territorio, anche se il ricorso a strutture diurne o a strutture residenziali sta via via aumentando a causa, prevalentemente, dell'invecchiamento sia della popolazione disabile sia dei nuclei di riferimento che, non riescono più a garantire il necessario supporto assistenziale e di cura. Nel periodo di riferimento (2001–2006) si assiste a:

- forte incremento della residenzialità (+64,2 %)
- incremento della semiresidenzialità (+20,6%)
- fortissimo incremento degli interventi di SAD (+95%)
- incremento degli inserimenti in borsa lavoro (+4,6% fra 2004 e 2006).

Integrazione e ricomposizione dei servizi ed equità di accesso per tutti i cittadini

Di fronte all'evoluzione dell'utenza, una forte criticità è rappresentata da una presa in carico determinata dall'organizzazione dei servizi e non dai bisogni dei cittadini, frammentaria, inadeguata alla complessità dei bisogni, specialmente per le nuove forme di disabilità acquisite, per i soggetti pluripatologici, e per le persone con diagnosi psichiatrica.

Si è inoltre riscontrata una grande disomogeneità fra i diversi distretti nella definizione dei criteri di presa in carico e nella definizione di "disabilità" - che si riflette anche in una grande difficoltà nello stabilire criteri di rilevazione omogenei.

Di fronte a queste criticità, va ribadito il richiamo del PSSR alla "costruzione di un sistema di servizi ed interventi capace di fornire risposte ai bisogni della persona in termini unitari, globali, integrati e flessibili", che di fronte a bisogni complessi risponda con apporti multidimensionali e multidisciplinari attraverso l'integrazione istituzionale, organizzativa e professionale nei servizi e tra servizi sociali e sanitari. Tale richiamo deve valere a tutela di tutti i cittadini, qualunque sia la patologia per la quale vengono presi in carico.

In questo quadro vanno perseguite a livello provinciale le seguenti indicazioni:

- impegno, **con priorità assoluta, a definire entro il termine di 6 mesi dei criteri omogenei** per la valutazione dei bisogni e per la definizione di percorsi personalizzati in relazione ai bisogni, in un quadro che definisca ed espliciti anche le modalità e i livelli di integrazione fra i servizi distrettuali e dipartimentali e con i servizi sociali.
- conferma delle indicazioni contenute nel "Piano disabili adulti" discusso dalla CTSS nella seduta del 3/10/2007, in particolare ai punti a) l'accesso e b) la valutazione multidimensionale e la definizione del piano individuale di assistenza e di cura.
- impegno a garantire, per le persone con disabilità acquisite la conoscenza e l'accessibilità di tutte le opportunità e di tutti i servizi oggi già disponibili attraverso una maggiore qualificazione e specializzazione su questo tema dei servizi territoriali di informazione.
- conferma della proposta far confluire la funzione di accesso, intesa come funzione di informazione, orientamento, rilevazione del bisogno, segretariato sociale, nell'ambito degli Sportelli Sociali, riesaminando anche il ruolo degli strumenti di informazione e aggiornamento della base dati handicap attualmente.

Rispetto all'evoluzione dei sistemi di informazione e accesso per la cittadinanza disabile, occorre inoltre riflettere sulla funzione degli attuali servizi di informahandicap, anche in relazione agli sportelli sociali, e sviluppare modalità di aggiornamento permanente di Assistenti sociali ed educatori rispetto ai continui sviluppi normativi introdotti dalle leggi finanziarie e da altre fonti, ad esempio in materia di barriere architettoniche, ausili, adattamento domestico, agevolazioni fiscali ...).

Evoluzione della rete dei servizi sociosanitari

Di fronte all'evoluzione dell'utenza descritta sopra, la rete dei servizi mostra forti difficoltà a rinnovarsi. In particolare, si segnala ancora una rete disegnata sui bisogni dell'utenza storica, sbilanciata verso interventi educativi e riabilitativi pensati per una popolazione in età evolutiva, e a volte poco adeguata ai bisogni di riabilitazione o di conservazione dell'autonomia propri di utenti divenuti adulti o avviati verso la terza età, e ancor meno adeguata ai bisogni di persone divenute disabili in età adulta per cause traumatiche o patologiche.

Questa mancata evoluzione della rete, oltre a creare gravi disagi agli utenti, pone un problema di sostenibilità dei servizi, soprattutto in relazione alla progressiva crescita della popolazione in carico, e tale problema di sostenibilità rischia di ripercuotersi su una scarsa equità nell'allocazione delle risorse e dei servizi, soprattutto nei confronti delle tipologie di utenza non tradizionalmente in carico all'handicap adulto.

In relazione a questa criticità, si considerano prioritarie le indicazioni del PSSR che richiedono:

- l'impegno a sostenere la partecipazione delle persone e delle famiglie alla messa a punto e realizzazione dei progetti di aiuto
- l'impegno a sviluppare le forme di collaborazione e di integrazione istituzionale, organizzativa e professionale fra servizi sociali e sanitari indispensabili per rispondere alla complessità dei bisogni con il dovuto approccio multidimensionale e multiprofessionale.
- l'impegno a rafforzare e consolidare le forme di partecipazione alla programmazione da parte delle associazioni dei disabili e dei loro familiari, tanto a livello zonale / distrettuale che a livello aziendale e provinciale.

Si ribadiscono inoltre gli indirizzi contenuti nel documento Prime considerazioni sul tema problemi conseguenti l'invecchiamento della persona con disabilità fisica o mentale o psichica, e nel Piano disabili adulti, che costituiscono allegato e parte integrante dell'Atto di indirizzo, sottolineando in particolare:

1. l'impegno a un pieno sviluppo dello strumento del Progetto Assistenziale Individuale come strumento fondamentale di questo approccio, e alla valorizzazione attraverso di esso forme di cura e di assistenza che guardino ai bisogni della persona quale che sia la specifica diagnosi;
2. la necessità di una ridefinizione delle diverse tipologie di servizio che compongono la rete (anche in vista dell'accreditamento) che renda la rete nel suo complesso più flessibile e capace di rispondere all'evoluzione dei bisogni, a partire da una mappatura dei contenuti dell'offerta delle prestazioni e della qualità dell'assistenza garantita nell'ambito delle singole strutture;
3. la necessità di favorire l'autonomia e la vita indipendente delle persone con disabilità, e di sviluppare e consolidare i percorsi del Dopo di noi e dell'Autonomia di vita;
4. la necessità di migliorare la continuità della presa in carico attraverso le diverse fasi della vita, e in particolare nei passaggi dall'età evolutiva all'età adulta e da questa all'anzianità;
5. la necessità di sostenere le scelte di permanenza al proprio domicilio, in particolare attraverso:
 - l'attivazione di posti temporanei e di sollievo
 - la realizzazione di un sistema di risposta all'emergenza, sia di tipo diurno che residenziale
 - il rafforzamento dell'assistenza domiciliare e il tutoraggio delle Assistenti familiari
 - lo strumento dell'assegno di cura, integrato attraverso il PAI con le altre politiche di sostegno al domicilio.

Integrazione degli interventi educativi e sanitari rivolti a bambini disabili

Obiettivo prioritario rispetto ai minori disabili è la piena attuazione della L. 104/92 in particolare attraverso la realizzazione di quanto contenuto nell'Accordo di programma provinciale per l'integrazione scolastica e formativa dei bambini e alunni disabili che ha la funzione di regolamentare, integrare e coordinare strumenti, progetti e politiche di intervento fra i soggetti coinvolti nella programmazione degli interventi educativi e sanitari rivolti ai bambini e alunni disabili¹⁵ iscritti alle scuole statali e paritarie della provincia. Il nuovo Accordo amplia in maniera significativa il concetto di integrazione del precedente accordo (2001), e accoglie tra le sue finalità la promozione del benessere e del successo formativo dei bambini e alunni disabili, e pone l'attenzione al pieno sviluppo delle loro capacità, al valore della loro presenza come risorsa didattico/formativa anche per il gruppo classe, alla continuità educativa e al progetto di vita complessivo. Per veder garantita la qualità dell'integrazione scolastica e formativa vengono ridefiniti i luoghi: Gruppo Operativo, (G.O) Gruppo di Lavoro di Istituzione Scolastica (G.L.I.S.); gli strumenti di programmazione e di verifica quali il Piano Educativo Individualizzato (P.E.I.) artt. (10-13); i tempi e le responsabilità di ciascuno. Il processo di integrazione vede la collaborazione attiva di tutte le figure professionali (della scuola, della formazione della sanità degli Enti Locali

¹⁵ L'Accordo di programma per l'integrazione scolastica e formativa dei bambini e alunni disabili (attuativo della L.104/92) sottoscritto il 12 giugno 2008. elaborato da un Gruppo Tecnico Interistituzionale coordinato dalla Provincia e composto da rappresentanti di Comuni, Aziende sanitarie, Ufficio Scolastico Provinciale, Glip, Istituzioni Scolastiche Autonome, Scuole paritarie, della Consulta Provinciale per il superamento dell'Handicap, Centri di Formazione professionale.

per la parte educativo-assistenziale) che ne garantiscono la qualità: tutte concorrono con pari dignità alla elaborazione del P.E.I. Parte integrante ed esplicitamente riconosciuta di questo processo è la famiglia, che in questo nuovo testo vede in maniera più chiara valorizzato il proprio ruolo di partner attivo e propositivo nella costruzione del percorso didattico. Una forte innovazione che il nuovo Accordo introduce è la definizione dei "Criteri diagnostici" per la certificazione

A dar corpo alla verifica degli obiettivi raggiunti e dell'efficacia delle azioni messe in campo nel lungo e breve periodo, si introduce il tema della governance interistituzionale, definendone ambiti, sedi, modalità e strumenti di monitoraggio: La Conferenza provinciale di coordinamento (L.R.12/2003), (art.5.1) sede di concertazione interistituzionale, è composta dai soggetti firmatari e aderenti dell'Accordo e diviene il luogo naturale di presidio dell'applicazione dell'Accordo di programma, promuovendone il coordinamento, l'azione integrata e la valutazione degli interventi realizzati. La Provincia, che presiede tale organismo, assume uno specifico e nuovo impegno, nel promuoverlo e attivarlo sui temi specifici dell'integrazione scolastica e formativa degli alunni disabili, e a valorizzare in esso e nelle Conferenze territoriali il ruolo delle famiglie ed il confronto con altre sedi di programmazione sociale e sanitaria. Il Gruppo tecnico interistituzionale provinciale (art.5.2), coordinato dalla Provincia e nominato dalla conferenza, in stretta connessione con il GLIP operante presso L'Ufficio Scolastico Provinciale, ha funzioni connesse all'attuazione, verifica intermedia ed eventuale aggiornamento dell'Accordo a fronte di innovazioni legislative. Tale Accordo, in quanto Accordo Quadro, andrà declinato ed articolato negli Accordi Territoriali di ambito almeno distrettuale, concordati ed inseriti nella programmazione dei Piani di zona., per migliorare il coordinamento tra servizi scolastici, territoriali ed extrascolastici, in particolare individuando i tavoli tematici e le Conferenze territoriali come luoghi di programmazione per una efficace integrazione delle risorse. Essendo l'accordo provinciale sottoscritto nel giugno 2008, si ritiene che gli accordi territoriali possano essere realizzati ed inseriti nei piani di zona attuativi 2009.

Accesso e permanenza nel mercato del lavoro

Qualificazione e manutenzione dell'inserimento lavorativo

Il profondo mutamento che ha investito il mercato del lavoro, caratterizzato da un dilatamento nei tempi di accesso ad opportunità di lavoro stabile e da un crescente ricorso delle aziende a contratti a termine, determina nuova complessità nella gestione degli inserimenti lavorativi delle persone disabili sia al momento dell'assunzione sia soprattutto nella continuità e nella tenuta dei rapporti di lavoro.

In questo contesto occorre intervenire sia sulla qualificazione della fase di inserimento, potenziando i servizi e gli strumenti di accompagnamento e costruendo attività di supporto che non si esauriscano nella fase precoce del passaggio dalla scuola al lavoro, sia soprattutto nel corso della vita lavorativa del soggetto disabile, come forma di accompagnamento e manutenzione dell'intervento.

Occorre inoltre rafforzare la coerenza fra formazione ed inserimento lavorativo, di fronte a un mercato del lavoro più competitivo e con maggiori esigenze rispetto ai profili professionali.

Formazione e inserimento andrebbero considerati in un continuum che accompagna i giovani, indicativamente, per tutto il periodo fra i 15 e i 25 anni.

Rinnovo del Protocollo operativo per la presa in carico congiunta dei soggetti multiproblematici

La DGR 731/2008, che assegna alle Province le risorse del Fondo Regionale disabili previsto dalla L. 68/99, prevede il coordinamento fra attività di sostegno sociale e percorsi di inserimento lavorativo nell'ottica di una maggiore efficacia ed efficienza nell'utilizzo delle risorse per il supporto all'inserimento lavorativo mirato. A questo scopo la Provincia di Bologna già da alcuni anni ha sottoscritto con Comune di Bologna, Azienda USL e soggetti del Circondario Imolese un Protocollo operativo per la presa in carico congiunta dei soggetti multiproblematici. Tale protocollo è in corso di rinnovo e di estensione a tutti i distretti della Provincia: al tavolo di lavoro partecipano referenti delle aree della salute

mentale, dell'handicap adulto, dei Sert e dei comuni, per definire un modello unico da declinare successivamente a livello distrettuale.

L'applicazione delle modalità di lavoro definite all'interno del protocollo sarà utilizzata come strumento necessario per il raggiungimento dell'obiettivo di integrazione forte fra servizi sociali e sanitari e servizi per l'inserimento lavorativo mirato.



Parte IV

Indirizzi specifici per la programmazione sanitaria, il PAL e il Piano strategico dell'Azienda USL di Bologna

4 - INDIRIZZI SPECIFICI PER LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA, IL PAL E IL PIANO STRATEGICO DELL'AZIENDA USL DI BOLOGNA

Vengono qui messe in rilievo, fra le priorità già evidenziate nei capitoli precedenti, quelle per le quali si richiede specificamente un particolare impegno alle quattro Aziende sanitarie di riferimento (Az. USL di Bologna, Az. USL di Imola, Az. Osp. di Bologna, IOR), sia perché si tratta di priorità connesse a bisogni specificamente legati alla salute sia perché connesse a sviluppi organizzativi richiesti al sistema sanitario provinciale.

Tali indirizzi saranno da assumere all'interno degli atti di programmazione delle Aziende, a cominciare dal PAL e dagli atti di programmazione ex LR. 50/1994 art. 4, e da rendicontare all'interno dei rispettivi Bilanci di Missione, rafforzando e dando continuità al carattere di sistema del servizio sanitario provinciale.

In particolare, essi costituiscono gli indirizzi in funzione del Piano strategico decennale in corso di elaborazione da parte dell'Azienda USL di Bologna.

4.1 - Indirizzi per il piano strategico dell'Azienda USL di Bologna

Le strategie di intervento sui servizi sanitari devono consentire una risposta adeguata e sostenibile alle grandi aree di potenziale discontinuità ambientale e alle loro variabili, capaci di incidere sulla domanda di salute e sull'efficacia dei servizi:

1. Il contesto economico del paese:
 - incidenza della spesa sanitaria sul PIL
 - spesa sociale
 - evoluzione del mix della spesa sanitaria tra pubblica e privata a carico dei cittadini
 - la mobilità sanitaria inter-regionale
2. L'evoluzione dei profili di consumo sanitario:
 - mix di pazienti tra le categorie fragile, tradizionale, evoluto, competente
 - evoluzione dei caregiver territoriali
 - preferenza per erogatori pubblici, privati accreditati o a pagamento
 - scelta del professionista di fiducia e della struttura specializzata o del servizio locale
 - medicina tradizionale o medicine alternative
3. Il ruolo dell'azienda USL nell'ambiente socio-economico di riferimento:
 - governo della produzione diretta
 - governo dei consumi SSN
 - governo di tutti i consumi sanitari
 - tutela della salute
 - contributo allo sviluppo socioeconomico della provincia
4. La trasformazione del capitale umano e dei processi di ricerca e sviluppo:
 - demografia delle professioni
 - integrazione fra assistenza ricerca e didattica
 - evoluzione dei ruoli professionali e dei meccanismi di rappresentanza sindacale e professionale
5. L'evoluzione degli assetti infrastrutturali e logistici e modelli organizzativi delle reti ospedaliere:
 - ruolo delle tecnologie e delle infrastrutture
 - unità operative per intensità di cura o modello tradizionale

- modelli organizzativi emergenti(intensità di cura)
6. L'evoluzione dei modelli dei servizi territoriali e dei servizi socio-sanitari:
- ruolo delle cure primarie domiciliari e ambulatoriali
 - ruolo delle strutture intermedie
 - ruolo degli ospedali di prossimità
 - diffusione delle mini tecnologie diagnostiche a domicilio

Alla luce di queste possibili aree di discontinuità è necessario approfondire l'analisi sulla vocazione della rete dell'offerta sanitaria bolognese, rispetto al contesto nazionale, regionale e locale. La vocazione dei vari attori locali influenza, inevitabilmente, la suddivisione dei ruoli e delle missioni ed impone una riflessione sulla suddivisione dei compiti della filiera di prevenzione primaria e secondaria, di cura, sia ospedaliera (hub specialistico, ospedale generale, ospedale di prossimità), sia territoriale (attività ambulatoriale specialistica, strutture intermedie -RSA, residenze protette, cure primarie), e di riabilitazione (sia ospedaliera che territoriale), affinché siano integrate tra loro, fluide per i passaggi dei pazienti e prive di carenze o ridondanze.

Nel nuovo quadro epidemiologico e sociale risulta particolarmente importante sostituire la medicina d'attesa con quella di iniziativa, la cura della malattia con la tutela della salute, secondo un approccio proattivo, che cerchi di classificare i cittadini in base a categorie di rischio e di intervenire laddove vi siano più fragilità e incertezza.

Un approccio che cerchi di colmare le disuguaglianze nell'accesso e nella fruizione dei servizi, andando a sollecitare la trasformazione del bisogno in domanda laddove vi siano meno risorse sociali.

In ambito ospedaliero è prioritario individuare modelli organizzativi che favoriscano l'integrazione dell'assistenza fra regime di acuzie, post-acuzie precoce ospedaliera con funzione di stabilizzazione del quadro clinico e post acuzie tardiva territoriale a funzione riabilitativa.

Occorre, quindi, definire e consolidare gli strumenti organizzativi e gestionali dell'area delle cure intermedie, coinvolgendo tutti i soggetti della medicina del territorio nella scelta di un modello che sviluppi e valorizzi nuove competenze e responsabilità delle diverse figure professionali. Questo per far sì che l'intervento clinico assistenziale venga percepito dal cittadino come una reale presa in carico del proprio stato di salute e, contemporaneamente, si realizzi una maggior appropriatezza d'uso delle strutture ospedaliere.

L'organizzazione a rete dei servizi deve contribuire a rafforzare il confronto e l'integrazione fra le diverse componenti pubbliche e private del sistema, in particolare per quanto riguarda l'assistenza oncologica, cardiovascolare, neurologica, riabilitativa, ortopedica, pneumologica ed endocrinologica che toccano trasversalmente le diverse fasce di popolazione. Va completato il percorso di integrazione della diagnostica di laboratorio ad elevata complessità e va portato a compimento il percorso per la attivazione dell'IRCCS dell'area delle neuroscienze.

4.2 - Problematiche connesse a particolari classi di patologie

Patologie Oncologiche

a) Prevenzione primaria

Con un tasso di incidenza annua stimata pari a 545 casi su 100.000 abitanti e tassi grezzi di mortalità di circa 350 casi su 100.000 abitanti, i tumori costituiscono uno dei più importanti problemi di salute, nonostante i progressi nelle conoscenze e nelle tecnologie ne abbiano rallentato l'aumento. L'incremento della speranza di vita in parte legato al controllo di altre malattie fa sì che oltre il 30% dei decessi sia determinato da patologie oncologiche. In quanto malattie multifattoriali i tumori richiedono per la loro prevenzione

azioni coordinate sia sull'ambiente di vita e lavoro che sugli stili di vita.

Gli interventi di prevenzione primaria dei tumori sono basati principalmente su:

- lotta al tabagismo e all'abuso di alcool;
- promozione di una alimentazione sana ricca di frutta, verdura e fibre;
- riduzione dell'inquinamento ambientale specie atmosferico;
- controllo dell'obesità;

Si tratta di interventi che possono produrre effetti valutabili in termini di impatto solo a lungo termine, e quindi misurabili nel breve periodo solo in termini di processo e di risultato, ponendo particolare attenzione alla scelta di metodologie di progettazione e di valutazione di provata efficacia

b) Prevenzione secondaria

I tumori prevenibili tramite screening sono ancora oggi una causa rilevante di malattia e di decesso. In Emilia Romagna ogni anno muoiono oltre mille donne per il tumore della mammella, che rappresenta la neoplasia più frequente nella popolazione femminile non solo per mortalità, ma anche per incidenza (circa 3000 nuovi casi all'anno). I tumori del colon retto costituiscono la seconda causa di morte per tumore sia negli uomini che nelle donne (più di 1500 persone all'anno) e si collocano al terzo posto per incidenza nei maschi e al secondo posto nelle femmine. Il tumore del collo dell'utero, nonostante la mortalità sia diminuita negli ultimi venti anni, causa ancora in Regione Emilia-Romagna circa 80 morti all'anno e 270 sono i nuovi casi diagnosticati. E' stato dimostrato che per queste patologie i test di screening, che individuano la malattia in una fase preclinica o precursori della malattia, non solo salvano numerosi pazienti, ma aumentano la sopravvivenza e la qualità della vita.

Dal punto di vista sanitario si raccomanda quindi di mantenere viva la tensione delle iniziative di screening già avviate perseguendo il rispetto degli indicatori di processo previsti dalla RER e cercando, ove possibile, di cominciare a mettere a punto sistemi di valutazione dell'impatto sulla salute (ad esempio riduzione della mortalità per causa per il carcinoma della mammella).

Si raccomanda inoltre che tutti gli attori che intervengono nelle diverse fasi degli screening siano impegnati a favorire l'accesso alle fasce di popolazione più svantaggiate, ad esempio alle donne immigrate per gli screening cosiddetti femminili (per la prevenzione del tumore del collo dell'utero e della mammella); a questo proposito saranno utili tutte le iniziative di traduzione e mediazione del materiale informativo, perché raggiunga le destinatarie non solo dal punto di vista linguistico ma anche da quello culturale, di coinvolgimento delle donne nei "loro" luoghi di aggregazione, sempre con l'aiuto della mediazione interculturale e/o tramite l'individuazione e la formazione di figure autorevoli e rappresentative dei gruppi da coinvolgere.

Un'attenzione particolare dovrà inoltre essere posta nel promuovere la partecipazione attiva dei Medici di Medicina Generale alle iniziative di prevenzione di cui è dimostrata l'efficacia, in linea con la reinterpretazione complessiva del loro ruolo che passa sempre più da quello di "erogatori di diagnosi e cure" a quello di consulenti e "accompagnatori" dell'assistito, non solo per le tematiche strettamente cliniche ma, più appropriatamente, per tutte quelle che riguardano la salute nella sua accezione più ampia.

Non meno importanti sono le garanzie da assicurare ai cittadini in termini di rispetto dei tempi di attesa per la diagnostica e la chirurgia oncologiche, è appena il caso di ricordare il valore assolutamente strategico della tempestività in questo ambito, che è stata ripetutamente oggetto di attenzione anche a livello regionale.

La CTSS e il Circondario Imolese fanno propria la raccomandazione regionale per l'implementazione del modello Hub & Spoke delle strutture di ricovero, in raccordo con la "Commissione tecnico-scientifica regionale per l'area dell'assistenza oncologica", e sottolineano la necessità che nel territorio bolognese si realizzi/consolidi un ampio coordinamento anche di livello interaziendale.

In ambito oncologico, forse più che in tanti altri, sono decisivi gli aspetti relativi alla continuità assistenziale, in particolare tra i diversi regimi assistenziali: ospedaliero, ambula-

toriale, e domiciliare, che il paziente si trova a dover “attraversare” più volte nel corso di malattie caratterizzate da un rilevante impatto psicologico e che richiedono una gestione, in certi casi davvero onerosa, degli aspetti organizzativi della cura e della vita.

Altri fattori che influiscono fortemente sui livelli di qualità dell’assistenza, e verso i quali si ritiene di raccomandare la massima attenzione, sono: il controllo del dolore, oncologico e post-operatorio e, più complessivamente, l’umanizzazione dell’assistenza che deve essere sempre rivolta alla creazione di un’alleanza terapeutica che coinvolga, non solo il paziente e il curante, ma anche la famiglia e/o i care giver che intervengono nella quotidianità a condividere il delicato percorso della malattia.

L’attuale evoluzione clinica delle malattie oncologiche, le caratteristiche sociali e demografiche già ricordate e il riorientamento verso l’acuzie degli ospedali, per citare solo alcuni dei fattori di trasformazione dell’insieme della domanda sanitaria, concorrono a rendere necessaria la disponibilità e la piena fruibilità di una Rete di Cure Palliative, per una risposta efficace a quelli che sono i bisogni specifici della fase ultima della malattia, che vanno ben oltre l’ambito clinico in quanto sono di accompagnamento alla fine della vita.

Si raccomanda pertanto l’attenta applicazione dei contenuti del documento “Progetto per lo sviluppo dell’assistenza ai pazienti in fase terminale di malattia” approvato dalla CTSS di Bologna, così da assicurare l’integrazione dei soggetti attivi nel territorio bolognese allo scopo di rispondere sempre meglio e più tempestivamente alle necessità dei pazienti e delle loro famiglie.

In relazione alla più volte citata evoluzione tecnologica è opportuno sottolineare che il necessario adeguamento tecnologico e organizzativo dell’insieme dei servizi sanitari della provincia bolognese, dalla diagnostica alla riabilitazione, sia orientato, oltre che all’eccellenza, anche all’appropriatezza e alla piena sicurezza per i pazienti e per gli operatori.

Patologie Cardiovascolari

Le patologie cardiovascolari, oltre ad occupare insieme a quelle oncologiche i primi posti tra le principali cause di morte, costituiscono anche un efficace terreno di prova per l’organizzazione dell’assistenza alle malattie croniche ed è per questo motivo che anche nei loro confronti l’attenzione e l’impegno non devono assolutamente segnare battute di arresto, pur nella consapevolezza che i risultati finora raggiunti da numerose iniziative già attivate nel nostro territorio sono sicuramente incoraggianti.

Come per le patologie oncologiche, la CTSS e il Circondario Imolese intendono dare rilievo agli aspetti preventivi che devono poter contare anche sui Medici di Medicina Generale perché, attraverso il ricorso a forme di “medicina di iniziativa” (ad es. diffusione della compilazione e dell’utilizzo delle carte di rischio), individuino gli assistiti a rischio di patologie cardiovascolari per sensibilizzarli ed indirizzarli verso stili di vita più salutari, che diano il giusto rilievo all’alimentazione corretta e all’attività fisica.

Più sopra si è fatto cenno ai risultati positivi raggiunti nel nostro territorio grazie anche ad una riorganizzazione del sistema dell’emergenza che ha saputo rispondere con successo alle esigenze della clinica sulla più grande parte del territorio, ci si attende ora il suo consolidamento con attenzione ad assicurare la massima equità di accesso e fruizione dei servizi a tutta la popolazione di ambito provinciale.

La CTSS e il Circondario Imolese ritengono obiettivo irrinunciabile assicurare al cittadino che si trovi in situazioni patologiche croniche la garanzia di essere seguito in maniera tempestiva ed efficace da parte di tutti gli attori coinvolti nei diversi livelli assistenziali, senza interruzioni di continuità da parte del sistema che a volte possono incidere negativamente anche sul decorso clinico della malattia.

Risulta pertanto evidente l’importanza che siano completati/consolidati i percorsi diagnostici e terapeutici già avviati con il precedente Piano Attuativo Locale, come ad esempio quelli per l’infarto miocardico acuto, per lo scompenso cardiaco, per gli accidenti vascolari cerebrali e per la terapia anticoagulante orale.

Sono ugualmente importanti anche tutte le iniziative di integrazione clinica e/o organizzativa che si sviluppano nell’ambito specifico dell’assistenza specialistica ambulatoriale,

in quanto hanno lo scopo di superare la variabilità delle modalità di erogazione dell'assistenza, che impatta sull'equità di accesso alle cure dei cittadini, attraverso sinergie tra i diversi specialisti indipendentemente dal fatto che lavorino presso ambulatori ospedalieri o territoriali.

Insufficienza renale

Tra le situazioni patologiche croniche l'insufficienza renale riveste un'importanza notevole, sia dal punto di vista clinico che da quello organizzativo, infatti dall'esame dei dati epidemiologici, che ci informano sull'evoluzione verso la necessità di ricorso alla dialisi, si apprende che il fabbisogno di assistenza dialitica è in costante aumento anche nel nostro territorio e quindi è necessario mantenere continuamente a punto una risposta appropriata. La CTSS e il Circondario Imolese sottolineano anche in questo ambito l'attenzione sul versante preventivo che ha già visto un impegno a livello regionale nella definizione del progetto di prevenzione dell'insufficienza renale progressiva: "Progetto PIRP", volto all'individuazione dei pazienti insufficienti renali ad uno stadio preciso di progressione della malattia tale da poterne ritardare l'evoluzione verso il ricorso alla dialisi tramite un programma specifico di monitoraggio ed informazione.

Sono evidenti i vantaggi che conseguono anche al solo dilazionare il momento di inizio del trattamento dialitico, pertanto si raccomanda la piena realizzazione del Progetto PIRP con la garanzia della massima sensibilizzazione di tutti i soggetti coinvolti.

Quanto sopra non esime dall'esigenza di assicurare l'assistenza dialitica alla popolazione interessata in tutta l'area provinciale attraverso la realizzazione di quanto previsto nella pianificazione approvata dalla CTSS di Bologna e condivisa con le OO.SS. e le Associazioni dei Pazienti.

Patologie Psichiatriche e da dipendenza

In sintonia con l'analisi che il Piano Sociale e Sanitario Regionale traccia in merito all'evoluzione dello sviluppo dei servizi di salute mentale regionali negli ultimi decenni, la CTSS e il Circondario Imolese ritengono che ora sia tempo di aprire una nuova fase nella quale venga consolidata e perfezionata l'efficacia della presa in carico dei pazienti tradizionalmente afferenti ai servizi, e sia estesa la competenza dei Dipartimenti di Salute Mentale a tutto l'insieme dei determinanti del disagio/malattia mentale, in tutti i loro aspetti e in tutte le età della vita.

Questa fase porta con sé la reinterpretazione del ruolo dei Dipartimenti di Salute Mentale, con la necessità di strutturare e sperimentare nuovi modelli organizzativi rivolti in particolare al perfezionamento dell'esercizio dell'integrazione, sia all'interno del dipartimento che nell'ambiente sociale in cui le articolazioni organizzative dipartimentali sono inserite. In merito al rinnovamento organizzativo e all'introduzione di nuove metodologie di lavoro si fa strada anche l'esigenza che vengano individuati ulteriori fattori di qualità e indicatori per il monitoraggio dell'assistenza psichiatrica, in questa sede si fa l'esempio della garanzia per ogni paziente in carico multidisciplinare nell'ambito del Dipartimento di Salute Mentale di un piano di lavoro personalizzato, scritto e verificabile periodicamente.

Si ribadisce il rispetto del diritto all'informazione e alla libertà di scelta del paziente che deve informare tutta l'attività dipartimentale.

Si raccomanda lo sviluppo della funzione di consulenza/collegamento degli operatori psichiatrici con gli altri operatori (progetto regionale "Leggieri" che coinvolge i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta). Per quanto attiene all'assistenza ospedaliera si ritengono obiettivi prioritari: la revisione del sistema ospedaliero e la limitazione ai casi di estrema necessità della contenzione fisica (rigorosamente formalizzata secondo protocolli controllati e monitorati), l'ampliamento della gamma dei servizi di contrasto delle dipendenze soprattutto per rispondere alle esigenze relative ai "nuovi stili di consumo" ed in ordine con l'evoluzione dell'utenza: da tossicodipendente a policonsumatore, con mantenimento dell'attività nei confronti della dipendenza da eroina.

Come già esplicitato nei capitoli relativi a target di popolazione, si ribadisce l'esigenza dell'impegno costante, sia del Dipartimento di Salute Mentale che dei Servizi Sociali, nel-

l'assicurare il proprio contributo negli ambiti che richiedono livelli elevati di integrazione.

Malattie infettive e a trasmissione sessuale

Si ribadisce in questa sede la necessità di non abbassare la guardia nei confronti delle malattie infettive rispetto alle quali è necessario il mantenimento dei livelli di copertura delle vaccinazioni dell'infanzia, e il consolidamento dei sistemi di sorveglianza più sensibili e tempestivi per le infezioni più rilevanti con miglioramento dei piani di intervento (tubercolosi, legionellosi, meningiti ecc.).

Un capitolo molto attuale e significativo è quello riguardante le infezioni associate all'assistenza sanitaria, su di esse anche il Piano Sociale e Sanitario Regionale si esprime in maniera ampia e articolata raccomandando il consolidamento e miglioramento dei programmi per il loro controllo; come mandato specifico regionale per Aziende Sanitarie viene allo scopo prevista la stesura del Piano-programma di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza, con obiettivi di breve e medio periodo, strumenti efficaci per il loro raggiungimento e risorse specificamente dedicate.

L'estensione degli interventi preventivi e di controllo anche alle strutture residenziali, nonché all'assistenza domiciliare, costituisce un ulteriore necessario completamento della strategia da adottare contro le malattie infettive, insieme al consolidamento della diffusione delle buone pratiche cliniche e assistenziali, alla promozione della formazione degli operatori in questo ambito e allo sviluppo della capacità di individuare indicatori utili al monitoraggio dei programmi aziendali di controllo.

Si raccomanda inoltre la prosecuzione di tutte le azioni del Piano AIDS e si richiama ancora una volta l'esigenza di perseguire la massima condivisione tra tutti gli attori coinvolti nella elaborazione ed implementazione dei percorsi assistenziali, al fine di evitare interruzioni nella presa in carico dei pazienti.

Patologie ortopediche e traumatiche

Insieme alle iniziative di prevenzione dei traumi, che coinvolgono ancora una volta numerosi attori impegnati ad assicurare il proprio contributo per ridurre la frequenza, deve essere presidiato anche il funzionamento del sistema dell'emergenza attraverso l'attuazione del progetto di riorganizzazione del sistema del Pronto Soccorso Ortopedico in stretta integrazione fra le diverse aziende interessate.

Un ulteriore terreno di integrazione è quello riguardante la terapia chirurgica delle patologie ortopediche in cui il tema dell'accesso agli interventi è oggetto di attenzione anche da parte del Piano Sociale e Sanitario Regionale, si raccomanda quindi il monitoraggio costante dell'accesso agli interventi, in particolare per protesi di anca e di ginocchio, tramite l'utilizzo di sistemi informatizzati per la gestione delle prenotazioni dei ricoveri.

Un cenno particolare si riserva alla gestione dei pazienti affetti da frattura di femore, essi sono per la maggior parte anziani e spesso presentano anche caratteristiche di fragilità sociale, quindi sono destinatari naturali di una presa in carico su percorso assistenziale, per questo si raccomanda l'estensione completa e la piena applicazione del "Percorso Femore" con particolare attenzione alla garanzia del corretto funzionamento della rete di riabilitazione.

Infine, va sottolineata la rilevanza della costituzione di un modello organizzativo hub and spoke per la diagnosi ed il trattamento dei tumori ossei e delle parti molli utilizzando le competenze già presenti nell'area metropolitana; queste competenze dovranno essere integrate tramite un sistema strutturato di relazioni che identifichi il centro hub, gli spoke e meccanismi operativi basati su percorsi e linee di comportamento condivisi.

La CTSS e il Circondario Imolese sottolineano di nuovo l'importanza della piena integrazione tra tutte le strutture di ricovero nei percorsi di continuità assistenziale, sia tramite l'adeguamento dell'organizzazione delle Cure Intermedie che attraverso il perfezionamento del percorso di trasferimento al domicilio dei pazienti.

Diabete e altre patologie endocrinologiche

Nell'individuare questa categoria di patologie la CTSS e il Circondario Imolese intendono ribadire ancora una volta il valore della definizione, e corretta implementazione, di percorsi assistenziali costruiti attorno ai bisogni dei cittadini affetti da patologie croniche,

classicamente ben rappresentate dal diabete, ma evidenzia anche l'esigenza di una continua "manutenzione" dei percorsi stessi per migliorarne ulteriormente i livelli qualitativi e di performance, si ricorda qui in particolare l'assistenza alla popolazione infantile affetta da diabete.

Si raccomanda pertanto la piena applicazione del Percorso di assistenza ai pazienti diabetici presentato alla CTSS di Bologna con predisposizione delle azioni monitoraggio dei risultati.

Altri fattori di miglioramento da perseguire in questo ambito di assistenza saranno anche:

- lo sviluppo della medicina di iniziativa che, con l'aiuto di strumenti opportuni, è in grado di individuare le persone a rischio di malattia per sottoporle a un monitoraggio di elevato valore preventivo, ciò consente ai Medici di Medicina Generale di superare la cosiddetta medicina "di attesa" delle manifestazioni cliniche delle malattie e di arricchire di contenuto l'evoluzione del loro ruolo
- lo sviluppo e la valorizzazione del ruolo dell'assistenza infermieristica, in questo caso, ai fini del mantenimento da parte dei pazienti del corretto regime terapeutico e del controllo dei fattori di rischio
- l'assicurazione di un'offerta specialistica ambulatoriale congrua e fortemente orientata all'appropriatezza clinica e organizzativa

Malattie Pneumologiche

E' ormai ampiamente riconosciuto il rapporto esistente tra inquinamento atmosferico e malattie pneumologiche, il cui aumento rappresenta un segnale da non sottovalutare soprattutto in relazione alla possibilità di individuare interventi preventivi efficaci.

Al fine di ridurre i livelli di inquinamento ambientale gioca un ruolo assolutamente strategico la capacità di intervenire in maniera integrata tra tutte le diverse politiche, sanitarie e non, che possono avere un impatto sull'ambiente, tale capacità deve pertanto essere incrementata e valorizzata e le azioni che ne derivano presidiate e monitorate con attento impegno.

A livello preventivo individuale è importante proseguire ed estendere le iniziative di lotta al tabagismo, ancora una volta con il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale e degli altri professionisti e operatori del sistema delle Cure Primarie.

Anche in questo ambito si ricorda l'esigenza di predisporre percorsi di diagnosi e di terapia organizzati in continuità coerente di assistenza senza trascurare una corretta e reale presa in carico a domicilio dei pazienti affetti da insufficienza respiratoria cronica.

4.3 - Innovazione organizzativa e tecnologica

Numerosi sono gli spunti che compaiono nel Piano Sociale e Sanitario Regionale, e nei documenti approvati dalla CTSS e dal Circondario Imolese, che richiedono un rinnovamento nell'analisi delle problematiche sanitarie in relazione all'evoluzione dei fattori che influenzano la salute, il bisogno e la domanda sanitaria.

In più occasioni ci si è soffermati sull'individuazione e sull'approfondimento dei determinanti della salute e delle loro relazioni, che spingono a modificare approcci e metodologie di lavoro, per avere indicazioni utili alla pianificazione e progettazione dell'offerta di servizi che deve, ora molto più che in un passato anche relativamente recente, attrezzarsi a rispondere con tempestività ed efficacia a sfide sempre nuove.

E' indispensabile acquisire le competenze per gestire con successo, e a risorse non certo in aumento, un cambiamento continuo di scenari conseguente agli assetti che assumeranno le variabili indicate nelle aree di discontinuità cui si è più sopra accennato.

Di seguito si individuano quindi alcune linee di indirizzo, settori di intervento, tematiche

e/o criticità attuali alle quali la CTSS e il Circondario Imolese guardano con attenzione, sia per monitorare l'evoluzione di disegni già tracciati e condivisi, sia per raccomandare la sistematizzazione e il perfezionamento di progettualità sempre più efficaci ed efficienti.

Assistenza Specialistica Ambulatoriale

L'Assistenza Specialistica Ambulatoriale costituisce un banco di prova strategico per un sistema sanitario che non vuole rinunciare alla propria vocazione universalistica in una situazione di domanda in continuo incremento, è infatti uno degli ambiti in cui più forte è l'esigenza di trovare soluzioni efficaci per l'accesso alle prestazioni, per il governo dei tempi di attesa, sui quali è attivo da tempo un impegno notevole anche a livello regionale, per la garanzia dei livelli di qualità delle prestazioni e per la loro appropriatezza clinica e organizzativa.

La CTSS e il Circondario Imolese raccomandano la piena realizzazione del programma di interventi delle Aziende del territorio bolognese, con particolare riguardo all'adeguamento agli standard regionali e nazionali previsti per il contenimento dei tempi di attesa nelle Aree geografiche di facile accesso e al miglioramento continuo dell'appropriatezza delle prestazioni, a questo proposito è utile anche la sperimentazione di modelli organizzativi che seguano da vicino l'evoluzione organizzativa del sistema delle Cure Primarie, come ad esempio la predisposizione di agende riservate tra Medici di Medicina Generale, organizzati nei Nuclei di Cure Primarie, e Specialisti di riferimento dei nuclei stessi.

Il Piano Sociale e Sanitario Regionale raccomanda inoltre la centralizzazione su scala aziendale della gestione delle liste di attesa, al fine di mantenere una visione unitaria del sistema dell'offerta e degli effetti che si possono produrre anche a distanza dalle sedi in cui si realizzano eventuali azioni migliorative; un punto unico di gestione delle liste di attesa favorisce anche l'omogeneità della struttura delle agende, soprattutto per quello che riguarda l'applicazione dei criteri che distinguono prime prestazioni/visite, follow-up e controlli che attualmente vedono ancora diverse interpretazioni, con conseguente impatto anche sull'equità di accesso dei cittadini.

Particolarmente strategica è l'individuazione dei criteri da utilizzare per un eventuale potenziamento dell'offerta di prestazioni a CUP in una realtà come la nostra che si connota per un consumo piuttosto elevato di prestazioni specialistiche, appare quindi condivisibile la posizione regionale che limita tale potenziamento a quelle discipline, o prestazioni specifiche, erogate in ambiti caratterizzati da consumo inferiore alla media considerata accettabile, con tempi di attesa superiori agli standard e con elevato export, subordinatamente alla piena utilizzazione delle risorse istituzionali (strumenti contrattuali per la gestione dell'orario di lavoro, sistema premiante, ecc.) attraverso forme contrattuali flessibili finalizzate alla correzione dei tempi di attesa (accordi di produzione integrativa interni e/o contratti di fornitura con i soggetti privati accreditati).

Si richiama pertanto il "Protocollo di accordo tra le OO. SS. e la CTSS per il governo dei tempi di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali" approvato dalla CTSS di Bologna e sottoscritto dalle OO.SS. per una sua scrupolosa applicazione.

Il nuovo assetto delle Cure Primarie

Un altro tema di grande impatto, che sta impegnando anche i contesti programmatori di livello nazionale e regionale, è quello relativo all'evoluzione che deve intraprendere l'intero sistema delle Cure Primarie per rispondere al nuovo profilo che i bisogni stanno assumendo negli ultimi tempi.

Dal momento che il livello assistenziale ospedaliero ha da tempo intrapreso un percorso di riorganizzazione sempre più centrato sull'acuzie, è evidente che anche il livello di assistenza erogata sul territorio deve a sua volta ripensare il proprio ruolo e i propri modelli organizzativi al fine di evitare soluzioni di continuità nell'assistenza ai cittadini.

La CTSS e il Circondario Imolese, in sintonia con il disegno regionale, guardano con attenzione allo sviluppo e al consolidamento dell'organizzazione dei Nuclei delle Cure Primarie come "unità organizzative di base" dell'assistenza territoriale, ne condividono il passaggio da aggregazioni funzionali ad aggregazioni strutturali con individuazione di una sede fisica, con rafforzamento dell'integrazione sociale e sanitaria al proprio interno

e con ulteriore crescita di tutte le professionalità che li costituiscono.

Un impulso notevole alle esigenze di comunicazione e di scambio di informazioni a fini di cura degli assistiti è dato dall'implementazione dei progetti di connessione informatica dei medici tra di loro e con le Aziende sanitarie: Progetto regionale SOLE ("Sanità On LinE") e progetti relativi alle reti cosiddette "orizzontali".

Inoltre nel nostro territorio sono già presenti esempi di Nuclei di Cure Primarie cosiddetti "Avanzati", che hanno già superato le prime fasi di consolidamento e che stanno ulteriormente strutturandosi secondo un disegno che valorizza particolarmente la multiprofessionalità e il lavoro in team, con notevoli ritorni positivi in termini di qualità e di appropriatezza dell'assistenza; se ne apprezzano in questa sede i risultati e si auspica il completamento della loro riorganizzazione che segna una tappa rilevante nell'adeguamento del sistema di assistenza primaria ai bisogni dei cittadini.

Sempre all'interno del quadro di sviluppo delle Cure Primarie si colloca l'indicazione, mediata dal livello regionale, ad orientare le politiche incentivanti per i Medici di Medicina Generale verso risultati che prevedono indicatori misurabili in termini di continuità assistenziale, integrazione con le strutture ospedaliere e territoriali e integrazione delle prestazioni erogate nei percorsi diagnostico-terapeutici.

E' importante avere presente che la progressiva evoluzione del sistema delle Cure Primarie non riguarda solo l'attività dei Medici di Medicina Generale ma anche quella svolta dagli altri Professionisti presenti nei Nuclei, in primo luogo gli Infermieri, anch'essi coinvolti in una fase di profonda rilettura del loro ruolo che deve vedere individuate e valorizzate le loro funzioni specifiche che intervengono in misura significativa nella riorganizzazione dei percorsi assistenziali.

Tra gli altri servizi e prestazioni erogati vicino ai luoghi di vita dei cittadini, si accenna anche alla collocazione di alcune funzioni consultoriali all'interno dei Nuclei di Cure Primarie, ad esempio: contraccezione, promozione dell'allattamento al seno, monitoraggio della gravidanza fisiologica, prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse, da esercitare in stretta collaborazione con i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta.

Nel contesto della riorganizzazione delle Cure Primarie trova terreno favorevole anche lo sviluppo pieno ed esteso a tutto il territorio provinciale dell'istituto della Dimissione Protetta, con garanzia per i cittadini coinvolti di completa integrazione fra Enti e Servizi responsabili delle diverse fasi dell'assistenza.

Accessi urgenti e guardia medica territoriale

Anche in questo ambito le Cure Primarie si trovano di fronte ad una sfida importante, da tempo infatti si assiste ad un notevole aumento del numero degli accessi ai Pronto Soccorsi ospedalieri per situazioni patologiche a basso grado di urgenza, le motivazioni che spingono i cittadini a ricorrere al Pronto Soccorso sono molteplici, e non per tutte è proponibile una risposta organizzativamente compiuta e fattibile, appare evidente però che per il cittadino l'estensione dell'orario di accesso all'ambulatorio del proprio medico curante può costituire una valida alternativa.

Se poi si pensa ad un ambulatorio di Nucleo di Cure Primarie nel quale sono presenti in modo autenticamente integrato diverse professionalità, oltre a quella del Medico di Medicina Generale, la gamma delle risposte ai bisogni si può ampliare ed articolare in relazione alla complessità dei casi in modo da "competere", dal punto di vista del fruitore, con quella del Pronto Soccorso Ospedaliero.

Per queste ragioni si ritiene strategica la garanzia di apertura degli ambulatori dei Nuclei di Cure Primarie fino a 12 ore, come previsto anche a livello regionale.

Il servizio di Continuità Assistenziale (Guardia Medica territoriale), che interviene nei giorni e negli orari in cui non sono attivi i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta, può rappresentare, se non riorganizzato e adeguato all'evoluzione complessiva delle Cure Primarie, un momento di criticità per la continuità dell'assistenza, soprattutto in relazione all'attuale difficoltà di disporre in tempo reale delle principali informazioni sanitarie del paziente in modo da inquadrarne al meglio la situazione in urgenza.

La tecnologia può dare un contributo importante al superamento della problematica evidenziata ma deve essere accompagnata inevitabilmente da un adeguamento organiz-

zativo che veda nel complesso il rilancio e la qualificazione del servizio di Continuità Assistenziale che può anche integrare, ove opportuno tramite collegamento informativo-informatico, le estensioni di orario dei Medici di Medicina Generale.

Nuovi modelli di organizzazione ospedaliera

Come accennato, in ambito ospedaliero è già iniziato un percorso riorganizzativo finalizzato all'ottimizzazione dell'assistenza nella fase acuta caratterizzato, tra l'altro, da diminuzione della durata dei ricoveri con conseguente riduzione del fabbisogno di posti letto, modificazione dei modelli organizzativi dei servizi interni all'ospedale, che devono rispondere in maniera sempre più tempestiva ed appropriata, e progressivo ricorso a tecnologie sempre più sofisticate e costose, di tutto ciò non fruirebbero utilmente ed appropriatamente i pazienti che si trovano in situazione di cronicità.

Per contro l'epidemiologia ci pone proprio di fronte il problema dell'incremento delle patologie croniche rispetto alle quali è assolutamente necessario che il Servizio Sanitario sappia elaborare soluzioni innovative specifiche, che non ricalchino semplicemente schemi di trattamento e di gestione tipici delle fasi acute, ma siano in grado di leggere la cronicità intercettandone i nodi critici da presidiare sui quali strutturare canali di accesso ai servizi di pronta fruibilità.

Occorre quindi che entrambi i livelli di assistenza, quello ospedaliero e quello territoriale, procedano simmetricamente, ognuno nel proprio percorso di innovazione, e non perdano mai di vista che il loro obiettivo comune è quello di dare, ognuno nella propria area di intervento, il migliore contributo possibile alla risposta assistenziale complessiva al cittadino, senza inutili sovrapposizioni né soluzioni di continuità.

La CTSS e il Circondario Imolese riconoscono prioritarie le aree di intervento presenti nel Piano Sociale e Sanitario Regionale per la riorganizzazione dei presidi ospedalieri e indicano come obiettivi di fondo per le aziende sanitarie del territorio bolognese: l'integrazione tra i regimi assistenziali (acuzie-postacuzie, riabilitazione e domicilio), il consolidamento dell'organizzazione dipartimentale, lo sviluppo ulteriore delle funzioni di governo clinico e la massima attenzione all'umanizzazione dell'assistenza.

Da quanto detto si possono identificare i criteri di base per un disegno organizzativo degli stabilimenti ospedalieri della provincia bolognese che, attraverso il filo conduttore dell'esercizio costante dell'integrazione, valorizzi tutti i punti di accesso alla rete ospedaliera organizzata per livelli di intensità di cura.

Ne deriva l'esigenza di individuare le funzioni di ogni stabilimento ospedaliero esplicitandone il ruolo all'interno del sistema e in relazione alle garanzie di assistenza per il territorio di riferimento, ciò contribuisce a facilitare la definizione coerente dei piani di investimento relativi ai territori sui quali insistono gli ospedali, e a rendere più comprensibili e trasparenti per i cittadini il senso e le proporzioni dell'autosufficienza territoriale. Per quanto attiene all'integrazione tra i regimi assistenziali si richiama brevemente la Dimissione Protetta per evidenziare il contributo dell'ospedale al successo del percorso che consiste essenzialmente in una sua tempestiva e corretta attivazione; non si vogliono con ciò dimenticare tutte le altre iniziative mirate alla creazione/mantenimento/perfezionamento di relazioni strutturate tra dipartimenti, o all'interno di uno stesso dipartimento, tese a superare operativamente i confini organizzativi delle strutture nell'elaborazione di una risposta complessiva ad un bisogno che non si può scomporre secondo l'articolazione delle organizzazioni.

Un cenno anche alla riorganizzazione della rete di strutture per le "cure intermedie" che dovrà assumere particolare rilevanza organizzativa e gestionale, utilizzando il momento residenziale della lungodegenza come anello di congiunzione per garantire la continuità assistenziale nel percorso di cura.

Sarà necessario sviluppare una delle funzioni qualificanti della Lungodegenza, di elevato livello di integrazione, cioè quella di strutturare raccordi solidi con i reparti di acuzie, per la prosecuzione/completamento del percorso clinico di cura dei pazienti, e con i servizi di assistenza territoriale sanitaria e/o sociale, che accoglieranno il paziente nelle fasi successive, sarà prezioso in questo ambito il contributo della figura del case-manager.

Un ulteriore ambito di integrazione che appare assai rilevante è quello tra le diverse

Aziende Sanitarie che insistono sul nostro territorio, sarebbe contraddittorio infatti perseguire l'equità di accesso al Servizio Sanitario per i cittadini senza riflettere sui possibili effetti di una progettualità sanitaria totalmente separata tra i diversi soggetti erogatori, si sottolinea pertanto l'importanza della condivisione e della coerenza nell'individuazione e nella realizzazione degli obiettivi sanitari fondamentali per i nostri cittadini.

Il consolidamento dell'organizzazione dipartimentale viene visto dalla CTSS e dal Circondario Imolese come strumento di garanzia della erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza nel territorio della Provincia bolognese, si rappresenta quindi l'esigenza che l'articolazione delle funzioni e delle attività dipartimentali si realizzi secondo modelli coerenti con il succitato disegno organizzativo dei ruoli dei diversi ospedali e con il profilo dei bisogni dei territori di riferimento.

Per quanto riguarda il governo clinico si rimanda al capitolo relativo ricordandone ora solo il valore espresso dal superamento dell'autoreferenzialità dell'agire del medico il quale assume, attraverso l'uso di strumenti scientifici condivisi, la logica e la cultura dell'appropriatezza e della valutazione al fine del miglioramento della qualità delle proprie prestazioni.

Accanto al miglioramento della qualità clinica e assistenziale è il caso di sottolineare l'importanza di tutto l'insieme di iniziative ed attività di riconoscimento, di ascolto e di rispetto delle esigenze dei pazienti che attengono alla relazione umana con loro, tra tutti gli esempi della cosiddetta "umanizzazione" dell'assistenza si cita il trattamento del dolore, di cui non è ancora completamente attuata la strategia di controllo, e che ben rappresenta il terreno di passaggio dall'ambito strettamente clinico di trattamento della malattia a quello squisitamente umano della riduzione dei suoi effetti percepiti.

Per tutte le strutture di ricovero, pubbliche e private, si ribadisce l'indicazione regionale di dotarsi di sistemi informatizzati di gestione degli accessi in modo da poter monitorare a livello aziendale e a livello regionale la trasparenza dei criteri adottati.

Dipartimento di Salute Mentale

Nel paragrafo relativo alle patologie psichiatriche si è affrontato ampiamente anche il punto di vista della riorganizzazione del Dipartimento di Salute Mentale rispetto all'emergere di nuove categorie di bisogni, che ora si sono connotate in modo più specifico rendendo evidenti nessi e logiche che hanno trovato riscontri non solo nosologici, si possono pertanto prevedere anche per l'assistenza psichiatrica, e per le organizzazioni e servizi che la erogano, i principali elementi di rinnovamento.

Non mancano certamente punti ancora aperti rispetto ai quali è necessario ottenere il consenso più ampio possibile sui nodi principali che riguardano le modalità di organizzazione dei servizi, nello sforzo di coniugare la duplice ottica di specializzazione da un lato e di integrazione distrettuale dall'altro; su quest'ultimo punto anche a livello regionale si sottolinea che nelle aziende sedi di più distretti dovrà essere individuato tra i dirigenti delle UU.OO. semplici o complesse il referente del Dipartimento di Salute Mentale incaricato di curare l'integrazione dipartimentale, interdipartimentale ed interistituzionale in ciascun distretto.

Il DSM deve assicurare una presenza attiva in tutte le articolazioni della vita della collettività locale per la promozione della salute mentale e la lotta allo stigma.

Nel territorio bolognese sarà impegno fondamentale del dipartimento la predisposizione e la manutenzione di un Piano per le emergenze psichiatriche

Un'ultima, non per importanza, raccomandazione che deriva dal Piano Sociale e Sanitario Regionale riguarda la riformulazione della collocazione all'interno del dipartimento di figure professionali qualificate (Psicologi, Assistenti e Operatori Sociali, Logopedisti) in ordine ad una riorganizzazione del lavoro che valorizzi il contributo dell'insieme del team nel raggiungimento del successo terapeutico.

Dipartimento di Sanità Pubblica

Prima di affrontare i temi specifici di Sanità Pubblica si vogliono indicare le linee di riorganizzazione del Dipartimento di Sanità Pubblica che non può non partecipare al complessivo rinnovamento di obiettivi, di ruoli e di modelli strutturali e di produzione dei servizi che im-

pegna tutti gli altri attori finora presi in considerazione.

Anche il Dipartimento di Sanità Pubblica si trova a fronteggiare nuove sfide che gli impongono l'acquisizione di altrettanto nuove competenze tecniche in relazione agli assetti che assumono i diversi aggregati di rischi per la salute pubblica e al loro impatto sulla salute individuale; si evidenzia quindi la necessità di una più concreta ed immediata corrispondenza tra gli obiettivi di salute delle popolazioni e degli individui, che si traduca in una più stretta relazione, operativa e territoriale, tra il Dipartimento di Sanità Pubblica e il Distretto.

Come al Dipartimento di Salute Mentale si chiede alla Sanità Pubblica di rinsaldare i processi di integrazione organizzativa al proprio interno e con le articolazioni aziendali, per promuovere la visione collettiva delle problematiche di salute e per superare il rischio di particolarismi che risultino laterali rispetto agli orientamenti complessivi dell'ambiente sanitario.

La CTSS e il Circondario Imolese si associano al livello regionale nel considerare prioritaria l'implementazione delle iniziative previste nel Piano regionale della Prevenzione con attenzione agli ambiti di rischio emergenti e alle grandi problematiche di sanità pubblica. Si riporta ora una selezione degli obiettivi del Dipartimento di Sanità pubblica dell'Azienda USL di Bologna che appaiono più significativi ai fini della programmazione condivisa di politiche per la salute.

Patologie trasmissibili

A completamento delle indicazioni presenti nel capitolo relativo alle malattie infettive si ricordano le indicazioni dal punto di vista del Dipartimento di Sanità Pubblica:

- Attuazione dei piani vaccinali e mantenimento degli attuali livelli di copertura vaccinale.
- Mantenimento dei sistemi di sorveglianza e prevenzione delle malattie trasmissibili, anche da parte di insetti vettori e controllo del rischio infettivo in campo ospedaliero e odontoiatrico
- Mantenimento e rafforzamento degli interventi informativi ed educativi per la prevenzione delle malattie a trasmissione sessuale.

Prevenzione primaria e secondaria

Rischio cardiovascolare: in questo ambito il Dipartimento di Sanità Pubblica assicurerà il proprio contributo, a livello organizzativo e/o operativo, per la realizzazione di tutte le iniziative mirate alla riduzione del rischio e comprendenti anche la correzione degli stili di vita. Tumori: si ricorda ancora l'importanza dell'individuazione sempre più precoce delle neoplasie (in particolare quelle del collo dell'utero che per quelle della mammella e del colon-retto) favorendo la partecipazione ai programmi di screening in particolare delle fasce di popolazione svantaggiate, quali immigrati ed indigenti, anche attraverso percorsi innovativi di partecipazione, di comunicazione e di invito con il coinvolgimento delle associazioni e dei mediatori.

Un cenno anche per raccomandare l'implementazione ed il funzionamento dei registri tumori previsti (collo dell'utero, mammella, colon-retto) quali strumenti indispensabili per la valutazione di impatto e di efficacia degli screening.

Sicurezza nell'ambiente di vita e di lavoro

Costituiscono OBTV da segnalare per il Dipartimento di Sanità Pubblica:

- Rinforzo dell'analisi epidemiologica sui fattori di rischio inerenti la traumatologia stradale con particolare riferimento al non uso dei dispositivi di protezione individuale
- Contrasto dell'incidentalità e riduzione della mortalità sul lavoro mediante l'intensificazione delle azioni di assistenza alle Aziende insieme a quelle di vigilanza
- Azioni tempestive sui rischi più gravi per garantire la tutela delle fasce più deboli del lavoro subordinato, in particolare nelle costruzioni edili, (cantieri delle grandi opere) comparti manifatturieri ad alto indice infortunistico, nel sistema degli appalti, nel terziario e nei servizi, e per i lavoratori con contratti atipici e i lavoratori immigrati.
- Efficaci iniziative di comunicazione del rischio aventi come target la popolazione in età lavorativa secondo un piano poliennale condiviso con associazioni datoriali, medici competenti e rappresentanze dei lavoratori, con particolare riferimento agli incidenti lavorativi, alle malattie professionali ed alle modalità di prevenzione.
- Acquisizione di conoscenza dei nuovi processi lavorativi e dei fattori di rischio per la salute che a questi sono connessi al fine di costruire nuovi profili epidemiologici e sulla

base di questi definire piani di prevenzione partecipata (turni , orari, ritmi , carichi di lavoro, precarietà, pendolarismi , relazioni interpersonali, ecc.).

Sorveglianza sanitaria

Si confermano gli impegni del Dipartimento di sanità pubblica in materia di sorveglianza sanitaria, e in particolare riguardo a:

- Implementazione e miglioramento dei sistemi di sorveglianza ambientale in materia di inquinanti atmosferici e radiazioni ionizzanti.
- Definizione piani strutturati di controllo delle strutture sanitarie ed assistenziali socio-sanitarie per prevenire situazioni di rischio per la salute dei lavoratori e degli utenti.
- Controllo delle condizioni di vita delle popolazioni rom e sinte, carceraria.
- Sorveglianza delle strutture ricettive e socio-sanitarie.

Innovazione tecnologica

Le iniziative di informatica sanitaria e di telemedicina stanno vivendo in questi ultimi anni un notevole sviluppo, nel Piano Sociale e Sanitario la Regione ricorda il piano telematico regionale 2007-2009 al quale si ancorano più o meno direttamente le iniziative locali che si possono in questo modo arricchire della possibilità del confronto tra le diverse realtà della stessa regione.

Sono già stati citati i progetti di e-care, le sperimentazioni di teleassistenza e di telemedicina, l'omogeneizzazione dei sistemi di trasmissione informatica di testi e di immagini in ambito radiologico, gli scambi di informazioni sanitarie dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta tra di loro, attraverso le cosiddette reti orizzontali di cui è previsto anche da parte regionale un significativo riordino, e con le Aziende Sanitarie attraverso la rete SOLE.

Di tutti i progetti si auspica la stabilizzazione e/o il completamento secondo la progettualità prevista e si raccomanda di non tralasciare le fasi di valutazione dei risultati e di impatto sull'assistenza, soprattutto nelle situazioni in cui si è in fase di superamento della sperimentazione.

Una raccomandazione particolare si riserva alla prosecuzione del progetto di realizzazione del Laboratorio Unico Metropolitano, in considerazione della sua elevata complessità, dell'impegno interaziendale e dell'altissimo livello delle tecnologie utilizzate.

Si fa riferimento inoltre al significativo contributo per la clinica che proviene dallo sviluppo e/o consolidamento dei Registri (data base specifici dedicati a patologie, servizi o interventi) già esistenti e si appoggia l'indicazione regionale di una ulteriore estensione di questo approccio di studio ad altre aree non ancora coinvolte.

Governo clinico

Il Piano Sociale e Sanitario Regionale approfondisce il significato della funzione di governo clinico evidenziando che ne è stata superata l'interpretazione che lo vedeva solo come l'insieme delle decisioni e delle pratiche volte al miglioramento dei livelli di efficacia e qualità dell'agire clinico nel senso tecnico del termine, a favore di una lettura che ne valorizza l'autentica partecipazione alla governance complessiva del sistema della sanità.

Ne è prova l'individuazione del Collegio di Direzione Aziendale come luogo di esercizio del governo clinico dove si confrontano, fin dai livelli di orientamento strategico, le istanze programmatiche dell'alta Direzione Aziendale con le conoscenze e le competenze scientifiche sul reale impatto che le scelte diagnostiche, terapeutiche e assistenziali hanno sul decorso delle patologie.

Sempre al Collegio di Direzione Aziendale vengono attribuite le funzioni di definizione del sistema di Audit Clinico, della programmazione della formazione permanente, dell'introduzione delle attività di ricerca come specificato nel paragrafo successivo, e della stesura del Programma Aziendale di Gestione del Rischio Clinico, che viene elaborato a cura del Collegio di Direzione e posto sotto la responsabilità del Direttore Sanitario per essere attuato dai Dipartimenti e al quale il livello Regionale pone grande attenzione.

La CTSS e il Circondario Imolese pertanto concordano con le indicazioni regionali nell'individuare come ambiti prioritari il rischio biologico, le infezioni ospedaliere, il rischio

farmacologico e il buon uso del sangue, su quest'ultimo punto si sottolinea l'importanza di tutte le iniziative rivolte alla promozione e alla diffusione della cultura della donazione, sia di sangue che di organi da destinare ai trapianti.

L'estensione e la sistematizzazione di tutte le attività di gestione del rischio clinico in forma di Piano potrà essere considerata un ulteriore strumento per aumentare i livelli di trasparenza dell'agire delle Aziende Sanitarie, potrà concorrere a ridurre l'asimmetria informativa tra i pazienti e il mondo sanitario nella valutazione del rischio e, infine, potrà supportare lo sviluppo delle capacità di mediazione del contenzioso da parte delle Aziende.

4.4 - Formazione e Ricerca

La Formazione costituisce uno dei principali obiettivi di fondo del Piano Sociale e Sanitario Regionale, essa infatti risulta indispensabile per "agire il cambiamento" orientandolo verso un traguardo di notevole complessità come può essere la realizzazione dell'integrazione intesa in tutte le accezioni nelle quali può prendere forma e significato, sia tra diverse organizzazioni che all'interno di ognuna di esse, per offrire risposte costruite sulle caratteristiche dei bisogni e non su quelle delle strutture che erogano i servizi.

Su questo versante si richiama esplicitamente l'impegno delle organizzazioni e dei servizi a far crescere nei propri operatori le capacità di lavorare con un approccio multidisciplinare e un fermo orientamento agli obiettivi, per poter procedere alle declinazioni specifiche di queste preziose competenze.

Il richiamo alla ricerca cui si riferisce il Piano Sociale e Sanitario Regionale, col quale La CTSS e il Circondario Imolese sono in completa sintonia, vuole accentuare, oltre al senso tradizionale del termine, anche il valore specifico della ricerca cosiddetta traslazionale, ossia quella mirata al trasferimento delle nuove acquisizioni nella pratica clinica in tempi relativamente brevi, con la finalità di fornirle un supporto rapidamente fruibile per il maggior numero di assistiti.

Inoltre in relazione alla forte spinta tecnologica e alla sua accelerazione, mai sperimentata finora in queste proporzioni, è assolutamente necessario che all'interno delle Aziende Sanitarie, Ospedaliere e Universitarie, e agli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico si sviluppino e si estendano in tempi rapidi le competenze riguardanti le potenzialità, l'uso appropriato, le caratteristiche tecniche e le modalità di funzionamento delle nuove tecnologie, al fine di garantire livelli di qualità dei servizi più elevati possibile.

Infine, data la continua contrazione dei tempi decisionali cui si assiste in contesti che richiedono alti gradi di flessibilità, è necessario che nelle aziende siano approfondite le conoscenze relative alle implicazioni organizzative, e di modifica delle condizioni e delle caratteristiche dell'offerta, conseguenti all'adozione di nuove strumentazioni/metodiche diagnostiche o terapeutiche.

Si raccomanda inoltre la partecipazione delle aziende alle iniziative progettuali del Programma di Ricerca e Innovazione Emilia-Romagna (PRI-ER) con priorità particolare di ricerca clinica e organizzativa nell'area della psichiatria e delle cure primarie, come anche la definizione di progetti condivisi per l'utilizzo ai fini della ricerca delle informazioni provenienti dai progetti di informatizzazione e di messa in rete dei Medici di Medicina Generale (SOLE e reti orizzontali).

L'indicazione principale per tutte le Aziende della provincia bolognese, e non solo per quelle Universitarie e per gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico dei quali è riconosciuto il ruolo di guida, è quella di assumere le attività di ricerca, didattica, formazione e formazione permanente come funzioni istituzionali al pari della funzione assistenziale con la quale dovranno trovare elementi di relazione e di integrazione.

Potranno essere strumenti facilitanti l'utilizzo degli specifici fondi regionali e la promozione dello sviluppo di net-work tra professionisti.

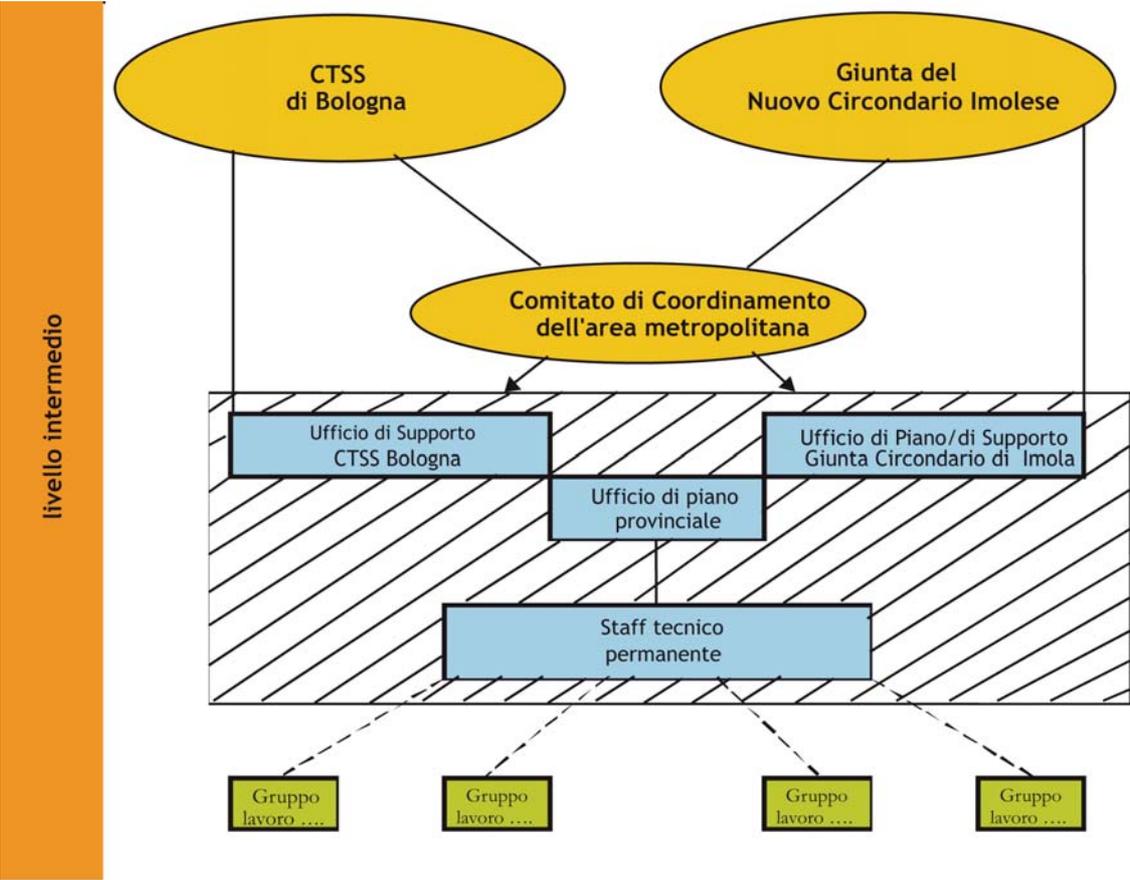


Parte V
Sistema di governance locale

5 - SISTEMA DI GOVERNANCE LOCALE

Si riportano, nelle fig. 1 e 2, due schemi che sintetizzano visivamente il modello di governance per i processi di pianificazione sociale e sociosanitaria concordato e consolidato nel corso degli anni. Tali schemi sono stati aggiornati ed attualizzati con le indicazioni e le novità introdotte dal Piano sociale e sanitario regionale.

Figura 1 - Sistema della governance, livello intermedio



5.1 - Strumenti di governo a livello intermedio

A livello intermedio sono evidenziati gli ambiti di confronto, politico e tecnico, che si raccordano direttamente con la RER.

Come noto, l'attuale assetto delle CTSS coincide con quello delle Aziende AUSL, pertanto il territorio provinciale bolognese è caratterizzato dalla presenza di due CTSS. In ragione di tale particolarità l'art.3 della L.R.21/2003 ha previsto per la provincia di Bologna l'istituzione del Comitato di coordinamento dell'area metropolitana. Il Comitato garantisce il

coordinato sviluppo dei programmi delle Conferenze territoriali sociali e sanitarie di Bologna e di Imola, con riferimento sia alle politiche per la salute e per il benessere sociale, sia al funzionamento ed all'erogazione dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali. Successivamente, come previsto dall'art.11 della L.R. 6/2004 gli organi di governo del Nuovo Circondario Imolese hanno assunto direttamente l'esercizio delle funzioni della CTSS e del Comitato di distretto per l'ambito territoriale di Imola. Pertanto gli strumenti di governo politico nel territorio provinciale bolognese sono:

Conferenza territoriale sociale e sanitaria di Bologna

Componenti

- Presidente della Provincia o suo delegato
- Sindaco del Comune di Bologna o suo delegato
- Sindaci dei 49 Comuni o loro delegati

Invitati permanenti

- Direttore Generale Az. USL di Bologna
 - Direttore Generale A.OSP S.Orsola-Malpighi,
 - Direttore Generale Ist. Ortopedici Rizzoli
 - M. Rettore dell'Università di Bologna
- presidente di turno della Conferenza dei Quartieri del Comune di Bologna

La CTSS di Bologna è co-presieduta dall'Assessore alle politiche sociali e per la salute della Provincia di Bologna e dall'Assessore alla salute del Comune di Bologna.

La CTSS di Bologna è dotata di un Ufficio di Presidenza con funzioni di organo esecutivo della CTSS.

Ufficio di Presidenza della CTSS di Bologna

Componenti

- Presidente della Provincia o suo delegato
- Sindaco del Comune di Bologna o suo delegato
- Presidenti dei Comitati di Distretto

Invitati permanenti

- Direttore Generale Az. USL di Bologna
- Direttore Generale A.OSP S.Orsola-Malpighi
- Direttore Generale Ist. Ortopedici Rizzoli
- M. Rettore dell'Università di Bologna

Come sopra riportato, in applicazione dell'art.11 della L.R. n°6/2004, nell'ambito territoriale di Imola si è sottoscritto apposito Accordo tra i 10 Comuni del circondario, la Regione Emilia-Romagna, la Provincia di Bologna ed il Nuovo Circondario imolese per unificare le funzioni della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria in capo alla Giunta del Nuovo Circondario Imolese che, per l'espletamento di tali compiti, risulta così composta:

Giunta del Nuovo Circondario imolese

Componenti

- Presidente della Giunta
- Ufficio di Presidenza composto da un numero massimo di 5 componenti scelti tra Sindaci, Assessori o Consiglieri dei Comuni del circondario
- I 10 sindaci dei Comuni del circondario

Invitati permanenti

- Presidente ASP Imola
- Direttore Generale ASP Imola
- Direttore Generale AUSL Imola
- Direttore Distretto AUSL Imola
- Direttore Dipartimento Sanità Pubblica
- Presidente Comunità Montana Valle del Santerno

Comitato di coordinamento dell'area metropolitana

Componenti

- Presidente della Provincia di Bologna, o suo delegato,

- Presidenti delle Conferenze territoriali sociali e sanitarie di Bologna e di Imola, e in ogni caso dai Sindaci del Comune di Bologna e del Comune di Imola, o loro delegati,
 - Presidenti dei Comitati di Distretto del territorio provinciale, o loro delegati,
 - Rettore dell'Università degli studi di Bologna, o suo delegato
- Invitati permanenti
- Direttori generali delle Aziende sanitarie operanti in ambito provinciale
 - Direttore Istituti Ortopedici Rizzoli

Gli obiettivi di questo livello di governo definito intermedio sono:

- la valorizzazione del ruolo della CTSS come luogo di integrazione dei diversi soggetti e competenze istituzionali
- la semplificazione e armonizzazione degli strumenti di programmazione che incidono sullo stesso ambito territoriale
- lo sviluppo di una identità in grado di rafforzare e valorizzare l'articolazione distrettuale a rete del sistema territoriale integrato.

Attraverso la CTSS la Provincia, i Comuni dell'ambito territoriale di riferimento e le aziende sanitarie, ciascuno per le rispettive competenze, realizzano il coordinamento delle politiche:

- sociali
- sociosanitarie
- sanitarie

Le funzioni della CTSS, come da Piano sociale sanitario regionale, sono:

A - di indirizzo:

- approva l'atto di indirizzo e coordinamento triennale contenente le priorità strategiche in area sociale, sociosanitaria – compresa la non autosufficienza - e sanitaria. In tale atto sono definiti anche gli indirizzi per l'adozione da parte dell'Azienda USL del Piano Attuativo Locale (PAL)
- partecipa al processo di elaborazione del PAL dell'azienda sanitaria e lo approva
- d'intesa con i direttori generali, individua i distretti e modifica i loro ambiti territoriali
- assicura l'equa distribuzione delle risorse fra i diversi ambiti distrettuali, in rapporto agli obiettivi di programmazione e riequilibrio, alla distribuzione ed alla accessibilità dei servizi ed ai risultati di salute
- definisce i criteri di riparto del FRNA tra i Distretti con l'obiettivo di garantire il riequilibrio territoriale sia a livello finanziario, sia nell'organizzazione delle reti dei servizi al fine di assicurare equità di accesso
- assicura il coordinamento del processo di definizione delle priorità degli interventi in conto capitale finanziabili ai sensi dell'art.48 della L.R. 2/03, in collaborazione con gli enti titolari della programmazione distrettuale (Comitati di distretto)

B - consultive

- esprime parere obbligatorio sul Piano programmatico delle Aziende sanitarie e sui relativi aggiornamenti annuali,
- esprime parere obbligatorio sul bilancio pluriennale di previsione, sul bilancio economico preventivo e sul bilancio d'esercizio,
- esprime parere obbligatorio sugli accordi tra Aziende sanitarie e Università
- svolge attività in merito alle ASP:
 - o esprime parere obbligatorio sul Piano Programmatico delle ASP
 - o autorizza la partecipazione alle sperimentazioni gestionali
 - o assicura, con il supporto della Provincia, il monitoraggio del processo di aziendalizzazione nel territorio provinciale.
- esprime parere ai fini della verifica dei risultati aziendali conseguiti e del raggiungimento degli obiettivi da parte del Direttore generale dell'AUSL
- esprime parere sulla nomina del Direttore Generale

C - propulsive

- promuove e coordina la stipula degli accordi in materia di integrazione socio-sanitaria previsti dai Piani di zona distrettuali per la salute e il benessere sociale

- promuove, nel rispetto dell'autonomia statutaria degli enti territoriali, la partecipazione dei Consigli comunali e dei Consigli provinciali alla definizione dei piani attuativi locali, nonché la partecipazione dei cittadini e degli utenti alla valutazione dei servizi sanitari
- promuove, con il supporto delle Aziende sanitarie, strategie, interventi e specifici accordi di programma volti alla promozione della salute ed alla prevenzione, anche in considerazione delle criticità e delle priorità di salute individuate nell'atto di indirizzo e coordinamento triennale
- promuove in accordo con i comitati di distretto e le Aziende sanitarie le modalità e gli strumenti operativi per garantire l'integrazione e il raccordo delle attività in ambito sovradistrettuale, anche tramite specifiche indicazioni regolamentari
- promuove, con attività di indirizzo e verifica, il raccordo tra la programmazione Regionale e quella distrettuale

D - di verifica e controllo

- verifica periodicamente l'attività delle Aziende sanitarie presenti nell'ambito territoriale di riferimento, anche formulando proprie valutazioni e proposte e trasmettendole al Direttore Generale ed alla Regione. A tal fine le aziende sanitarie mettono a disposizione gli strumenti informativi ed operativi idonei ad espletare i compiti e le funzioni di propria competenza
- partecipa alla valutazione della funzionalità dei servizi e della loro razionale distribuzione territoriale, utilizzando indicatori omogenei di attività e di risultato definiti dalla Regione ed eventualmente integrati dalle Aziende
- designa un componente del collegio sindacale dell'azienda sanitaria di riferimento ed effettua le altre nomine e designazioni che le sono attribuite per legge
- può chiedere alla Regione di procedere alla verifica del direttore generale, anche al fine della revoca dell'incarico, qualora la gestione presenti una situazione di grave e persistente disavanzo, in caso di violazione di legge o del principio del buon andamento e di imparzialità della amministrazione, ovvero nel caso di manifesta inattuazione nella realizzazione del PAL.

Per quanto riguarda il confronto con le OO.SS, la prassi consolidata di collaborazione tra CTSS e Organizzazioni sindacali, conferma il tavolo di confronto permanente a livello provinciale, riconducendo ad esso l'insieme dei temi contenuti nel presente Atto indirizzo e coordinamento triennale.

Il tavolo di confronto permanente istituisce all'occorrenza tavoli tecnici e/o gruppi di lavoro per favorire i cambiamenti necessari a migliorare i servizi e le prestazioni sociosanitarie rivolte ai cittadini del territorio metropolitano.

Per quanto attiene il confronto con il Terzo settore, a seguito degli incontri realizzati dalla CTSS per la condivisione del presente Atto di indirizzo¹⁶, si è concordato di istituire un tavolo di Tavolo di confronto con il terzo settore che, come previsto dalle Linee guida regionali, dovrà essere istituito dall'Ufficio di presidenza della CTSS.

E' stato altresì condiviso che tale tavolo di confronto con il terzo settore divenga sede permanente di confronto nelle fasi di programmazione, realizzazione e valutazione dei risultati in un'ottica di corresponsabilizzazione dei soggetti del terzo settore. Il tavolo di confronto permanente con il terzo settore sarà composto dal Presidente della CTSS, da rappresentanti degli Enti locali, da un rappresentante dell'AUSL e da rappresentanti del Comitato Paritetico del Volontariato, del Forum provinciale del Terzo Settore, delle Centrali Cooperative e del Centro Servizi del Volontariato.

Infine, per quanto attiene le tematiche che si intrecciano con le politiche dell'istruzione, formazione professionale e lavoro, interlocutore primario della CTSS è la Conferenza Provinciale di coordinamento (istituita ex art.46 L.R.12/2003 e art.7 L.R.17/2005) con funzioni di raccordo istituzionale e coordinamento nell'ambito della programmazione territoriale in materia di istruzione, formazione professionale e lavoro.

¹⁶ Come riportato anche nel capitolo 6 la CTSS ha realizzato incontri di condivisione del presente Atto di indirizzo con: Forum Provinciale del Terzo Settore, Comitato Paritetico provinciale del volontariato, VOLABO e Centrali Cooperative, oltre che con le Organizzazioni Sindacali.

Per quanto riguarda il livello tecnico la funzione di coordinamento è assicurata dallo Staff tecnico permanente, così articolato:

- Responsabile Ufficio di Supporto alla CTSS di Bologna
- Ufficio di supporto alla CTSS
- Ufficio di Piano Provinciale
- Direttori di Distretto
- Responsabili Uffici di Piano distrettuali
- Direttore Dipartimento per l'integrazione sociale e sanitaria dell'AUSL di Bologna
- Direzioni sanitarie delle Aziende Sanitarie

Lo Staff tecnico permanente svolge funzione di istruttoria, supporto e validazione delle attività della CTSS, concorda sulle modalità operative da utilizzare, affronta problemi di natura organizzativa e tecnica. Obiettivo del livello provinciale è quello di condurre il processo di costruzione dei Piani di zona per la salute ed il benessere sociale nel modo più omogeneo possibile.

Come da indicazioni regionali la CTSS è dotata di un Ufficio di supporto tecnico alla CTSS.

L'ufficio di supporto alla CTSS di Bologna, conformemente agli indirizzi regionali, che richiedono sia prevista "una organizzazione minima che assicuri stabilmente e in modo continuativo le funzioni di coordinamento tecnico e di segreteria", prevede una struttura che assicura la partecipazione all'ufficio di supporto di tutte le tre aziende sanitarie dell'area di riferimento, della Provincia e del Comune capoluogo.

L'Ufficio di supporto tecnico alla CTSS di Bologna è composto da rappresentanti di: Provincia di Bologna, AUSL di Bologna, Azienda Osp. di Bologna, IOR, Comune di Bologna.

I principali compiti dell'ufficio di supporto sono supporto informativo, monitoraggio ed istruttoria ai fini dell'attività di indirizzo e verifica, promozione, raccordo e coordinamento, anche rispetto agli ambiti distrettuali, supporto alle iniziative di comunicazione e partecipazione politica, nonché funzioni di segreteria.

Nello specifico l'ufficio supporta:

- il processo di elaborazione e di approvazione dell'Atto di indirizzo e coordinamento triennale contenente le criticità e le priorità di salute (Profilo di comunità), nonché gli indirizzi per la definizione dei Piani di zona distrettuali per la salute e il benessere sociale e dei piani attuativi locali (PAL)
- la verifica del raggiungimento degli obiettivi prefissati nell'atto di indirizzo
- la promozione e stipula da parte dei Comitati di Distretto e dell'AUSL degli accordi in materia di integrazione socio-sanitaria previsti dai Piani di zona distrettuali per la salute e per il benessere sociale
- la valutazione e verifica su risultati e attività dei servizi sanitari.

L'Ufficio di supporto tecnico alla CTSS svolge le proprie funzioni in stretta connessione ed integrazione con le attività dell'Ufficio di Piano provinciale, dell'Ufficio di Piano-Ufficio di supporto alla Giunta del Nuovo Circondario Imolese e dello Staff Tecnico permanente.

Nell'ambito del circondario imolese è stata stipulata apposita convenzione tra Azienda U.S.L. di Imola, Nuovo Circondario Imolese e Consorzio Servizi Sociali confluito nella nuova ASP imolese per realizzare, a decorrere dal 1.10.2007, un unico Ufficio che svolge le funzioni sia dell'Ufficio di Supporto alla Giunta ex CTSS (in applicazione dell'art.5 co.5 della L.R. n°29/2004) sia dell'Ufficio di Piano di cui alla D.G.R. 1004/2007.

Tutto ciò in coerenza con la delega al Nuovo Circondario Imolese, da parte dei singoli Comuni, delle funzioni di programmazione degli interventi in campo sociale.

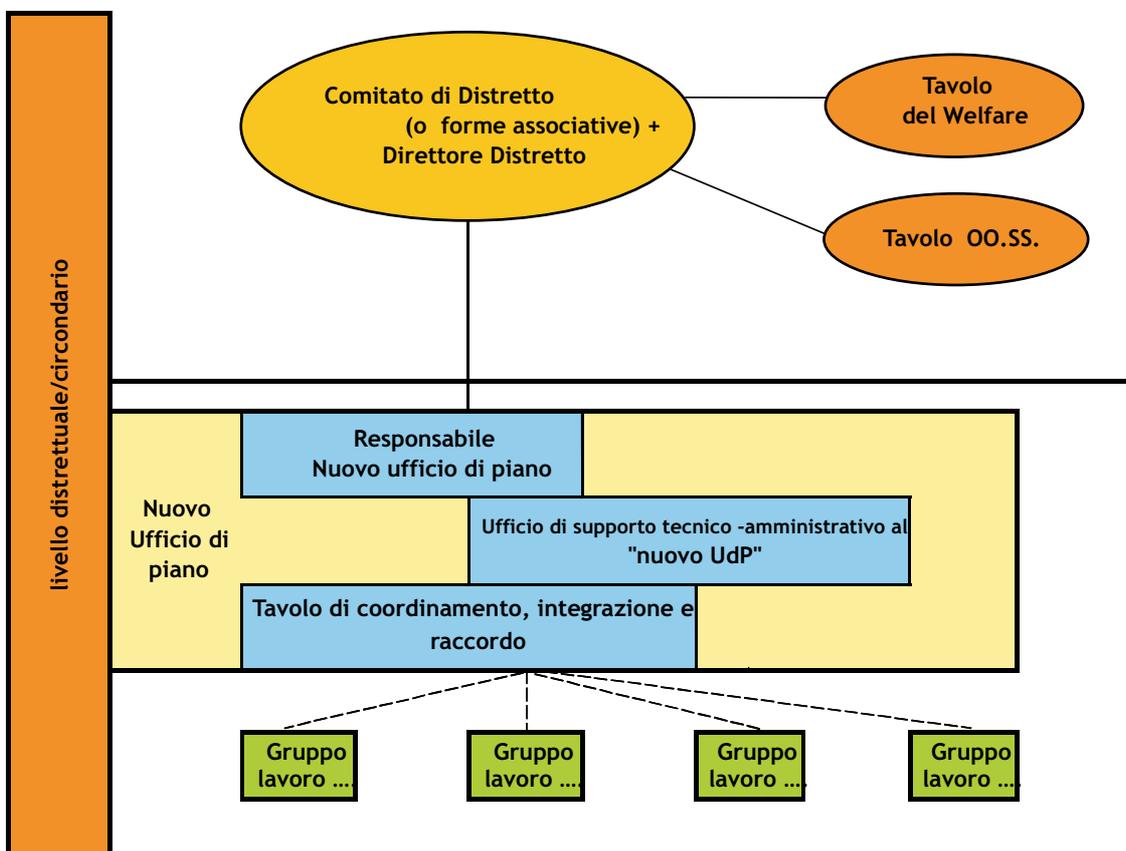
A livello provinciale sono istituiti Tavoli tecnici tematici che, in qualità di organismi tecnico-consultivi a composizione variabile, assicurano il coordinamento permanente su alcune tematiche specifiche, individuate in coerenza con i Programmi provinciali di competenza, con le indicazioni regionali o su alcune tematiche che per loro natura richiedono approcci di intervento integrati o intersettoriali. Tali organismi svolgono funzioni di coordinamento tra i diversi enti coinvolti, nonché funzioni di monitoraggio, valutazione, supporto, promozione di attività formative.

Tavoli tecnici tematici permanenti provinciali

- Coordinamento tecnico provinciale per l'infanzia e l'adolescenza (ex Commissione Tutela Minori)
- Coordinamento Affidamento e Comunità d'accoglienza
- Coordinamento Adozione
- Coordinamento Pedagogico Provinciale
- Coordinamento provinciale immigrazione
- Gruppo tecnico interistituzionale per la prevenzione del disagio scolastico
- Forum giovani
- Coordinamento Aziende pubbliche di servizio alla persona (in fase di attivazione)
- Gruppo tecnico interistituzionale provinciale in applicazione dell'Accordo di programma provinciale L.104/92 (in fase di attivazione)

Su tematiche specifiche, inoltre, la CTSS ha la facoltà di dotarsi di tavoli tematici ad hoc per realizzare approfondimenti di natura tecnico, specialistica e/o per la realizzazione di programmi specifici.

L'adeguato raccordo tra il livello intermedio e il livello distrettuale si realizza pertanto a livello politico attraverso la CTSS ed il Comitato di coordinamento dell'area metropolitana e a livello tecnico attraverso lo Staff tecnico permanente.



5.2 Strumenti di governo a livello distrettuale

Al livello distrettuale, si evidenzia il ruolo centrale del Comitato di Distretto, o dell'organo della Unione/comunità montana coincidente con l'ambito (L.R.10/2008), principale titolare delle scelte e della programmazione del sistema locale dei servizi.

Al comitato di distretto o altra forma associativa, spettano due funzioni a livello distrettuale nell'area delle politiche sociali, socio-sanitarie e sanitarie:

-una funzione di governo, relativa alla programmazione di ambito distrettuale (comprensiva dell'area della non autosufficienza), alla regolazione e alla verifica dei risultati di salute e benessere raggiunti, alla definizione delle regole per l'accreditamento, per l'accesso al sistema e per la compartecipazione alla spesa, alla costituzione delle ASP

-una funzione tecnico-amministrativa e di supporto gestionale, relativa alla definizione della programmazione ed alla sua attuazione (impiego delle risorse, rapporti con i produttori pubblici e privati, integrazione socio-sanitaria a livello organizzativo e professionale, monitoraggio e supporto alla valutazione) (PSSR D.C.R. 175/2008)

Il comitato di distretto concerta con le Organizzazioni sindacali relativamente ad obiettivi e linee strategiche.

Riprendendo quanto sperimentato positivamente nella edizione 2005/2007 dei piani sociali di zona, si ripropone il mantenimento e rafforzamento dei Tavoli del Welfare.

Il comitato di distretto, congiuntamente al Direttore di distretto, si confronta con il Tavolo del Welfare, del quale fanno parte rappresentanti istituzionali: ASP, Organismi periferici dello Stato, Istituzioni scolastiche, Centri per l'Impiego; rappresentanti politici di soggetti non istituzionali: cooperazione sociale, associazionismo di promozione sociale, organizzazioni di volontariato, Enti morali, Fondazioni, Imprese.

Il Tavolo del Welfare risponde ad un'idea comunitaria delle politiche sociali e sociosanitarie e rappresenta il luogo ove costruire obiettivi condivisi e convergenze programmatiche sulle tematiche inerenti la programmazione sociale e socio-sanitaria. Rappresenta, inoltre, la sede deputata alla discussione sulle priorità di intervento e al confronto sulle risorse.

Il Comitato di Distretto attiva inoltre i Tavoli Tematici e affida loro le analisi e gli approfondimenti relativi alle singole problematiche. I tavoli tematici, composti da esperti dei vari Enti sulle tematiche da affrontare, sono la sede delle analisi specifiche, delle valutazioni, della individuazione dei problemi e, sulla base delle scelte strategiche definite dal Comitato di Distretto, della definizione delle priorità interne alle singole tematiche e delle proposte tecniche di miglioramento.

Il raccordo tra gli indirizzi e le priorità espresse dal Comitato di distretto e l'apporto tecnico-progettuale dei tavoli tematici è assicurato dalla funzione dell'Ufficio di Piano.

Il nuovo Ufficio di Piano rappresenta lo strumento tecnico di ambito distrettuale di supporto a tutta la attività programmatoria di zona. L'Ufficio di Piano, costituito attraverso una convenzione tra i comuni dell'ambito distrettuale e l'AUSL, (D.G.R. 1004/2007) svolge una funzione tecnico amministrativa integrata di supporto ai livelli istituzionali e svolge oltre alle funzioni già proprie dell'ufficio di piano anche le seguenti attività:

- attività istruttoria di supporto all'elaborazione e valutazione della programmazione in area sociale, socio-sanitaria e sanitaria (Piano di zona distrettuale per la salute e il benessere sociale -PdZSB- e programmi attuativi annuali comprensivi del Piano della attività per la non autosufficienza e del Programma delle attività territoriali)
- attività istruttoria e di monitoraggio per la definizione di regolamenti distrettuali sull'accesso e sulla compartecipazione degli utenti alla spesa
- attività istruttoria e di monitoraggio per l'accreditamento
- attività istruttoria e di monitoraggio per la costituzione delle ASP

- azioni di impulso e supporto alla verifica delle attività attuative della programmazione sociale, socio-sanitaria e sanitaria in particolare in merito a:
- utilizzo risorse, monitoraggio e verifica in itinere dei risultati del Piano annuale della non autosufficienza e dell'equilibrio del FRNA;
- impiego risorse per attuazione in forma associata dei programmi finalizzati e per la gestione di alcuni servizi comuni, nella prospettiva del Fondo sociale locale;
- controllo della realizzazione delle condizioni tecnico-amministrative necessarie per attuare i contenuti del Piano, al favorire il dispiegarsi di progetti sociosanitari integrati anche con le altre politiche;
- raccordo ed utilizzo delle rilevazioni sulla domanda e l'offerta (anche in riferimento alle attività degli sportelli sociali);
- definizione e gestione percorsi di formazione comuni tra i servizi della zona;
- monitoraggio dell'andamento del benessere e della salute.

Al fine di assicurare l'adeguata integrazione delle politiche, nonché la necessaria inter-settorialità nella definizione dei bisogni e dei servizi/interventi relativi ai temi dell'istruzione, formazione professionale e lavoro:

- si sottolinea l'importanza strategica della partecipazione dei rappresentanti della scuola primaria e secondaria superiore eletti nell'ambito della Conferenza Provinciale di coordinamento (ex art.46 L.R.12/2003 e art.7 L.R.17/2005) ai tavoli del Welfare. Al contempo si sostiene l'equivalente importanza della partecipazione degli insegnanti "funzione obiettivo" e dei rappresentanti delle diverse agenzie formative ai tavoli tematici area minori e giovani.
- si ritiene di fondamentale importanza la partecipazione dei responsabili dei Centri per l'impiego ai tavoli del Welfare, nonché ai tavoli tematici di contrasto all'esclusione sociale o, laddove esistenti, ai tavoli trasversali per favorire l'inserimento lavorativo, al fine di sostenere ed incentivare il più possibile le interconnessioni e le sinergie tra politiche del lavoro e politiche sociali e socio-sanitarie.

Infine, in accordo anche con quanto definito negli indirizzi presentati e condivisi nel presente Atto di indirizzo e coordinamento triennale, si promuove e sostiene l'importanza dell'attivazione di tavoli tematici specifici sulle politiche giovanili al fine di sostenere lo sviluppo di un'ottica promozionale nella programmazione delle politiche per i giovani del territorio provinciale.



Parte VI
Strumenti
per la partecipazione

6.1 - Strumenti di partecipazione e confronto: indicazioni per la regolamentazione dei rapporti con soggetti del Terzo settore

La l. 328/2000, la l.r. 2/2003 e il Piano sociale e sanitario della Regione Emilia Romagna riconoscono il ruolo e la rilevanza sociale delle organizzazioni di volontariato, delle associazioni di promozione sociale e della cooperazione sociale.

La ridefinizione del modello di welfare, l'affermazione del principio di sussidiarietà, il progressivo riconoscimento di funzioni e competenze a livello regionale, provinciale e comunale, sono stati alcuni dei principali elementi alla base del nuovo welfare di comunità, caratterizzato appunto dalla ricerca di collaborazione e di un confronto con la società civile, in particolare con i soggetti del terzo settore e le organizzazioni sindacali.

Anche sul nostro territorio è emersa l'esigenza di promuovere azioni volte ad una maggiore coesione sociale, a stimolare le risorse delle comunità locali, a costruire un maggiore e più integrato rapporto con soggetti del privato sociale al fine di realizzare un sistema di welfare in grado di rispondere ai bisogni dei cittadini, valorizzando tutte le risorse delle comunità di riferimento.

Il percorso intrapreso in questi anni, teso alla ricerca di nuove modalità di relazione e alla costruzione di nuove sinergie fra i diversi interlocutori coinvolti nel sistema di welfare, ha avuto un considerevole impatto sulla nostra realtà provinciale e regionale, peraltro caratterizzata da una forte e capillare presenza di organizzazioni di volontariato, di cooperative sociali di tipo A e di tipo B, di associazioni di promozione sociale. Tale percorso è stato sia oggetto di confronto con i vari soggetti del Terzo settore, sia sperimentato nell'ambito dei Piani di zona.

Partire dalle difficoltà emerse nella sperimentazione dei piani di zona può quindi essere utile per cercare di superare alcuni nodi e proporre un nuovo sistema di relazioni con il terzo settore.

Le recenti esperienze dei Piani di zona hanno posto in luce difficoltà ormai a tutti note: diversità di linguaggi, carenza di circolarità delle informazioni, assenza di momenti di verifica, asimmetria tra gli individui ed i gruppi coinvolti nel processo di partecipazione, tempi diversi; soprattutto hanno fatto talvolta emergere disomogeneità nelle aspettative relativamente al senso della partecipazione e l'esigenza di individuare organismi unitari di rappresentanza ai diversi livelli territoriali.

Relativamente alla partecipazione, si sono evidenziati modi diversi di intendere la partecipazione: per alcuni partecipazione intesa come occasione di informazione e consultazione, per altri partecipazione in quanto percorso di condivisione teso alla corresponsabilizzazione dei diversi soggetti coinvolti.

Il Piano sociale e sanitario 2008 – 2010 promuove un concetto di partecipazione fortemente orientato alla corresponsabilizzazione dei soggetti del terzo settore, coinvolti dal "momento della programmazione a quelli successivi della progettazione, della realizzazione ed erogazione dei servizi e degli interventi sociali, della valutazione".

Relativamente alla rappresentanza, l'esperienza dei Piani di Zona ha oggettivamente dimostrato l'esigenza di definire configurazioni unitarie riconosciute e rappresentative dei diversi attori del terzo settore, portatrici di una visione condivisa fra tutti i soggetti coinvolti. Parallelamente, è emersa l'esigenza di individuare modalità precise per la definizione degli organismi di rappresentanza, tenuto conto delle esperienze attivate sul nostro territorio:

- il Comitato paritetico del volontariato, previsto dalla nostra legislazione regionale, composto da rappresentanti del volontariato e degli Enti locali, al quale compete la individuazione delle priorità per l'azione dei Centri di Servizio del Volontariato, sulla base delle esigenze emerse nel territorio provinciale;

- le Consulte del volontariato o del terzo settore presenti presso diversi Comuni della provincia di Bologna
- il coinvolgimento della Cooperazione sociale che è stato l'interlocutore del Terzo Settore maggiormente presente nella esperienza dei piani di zona.

La Regione Emilia-Romagna con le "Linee guida per la partecipazione del Terzo Settore ai processi di programmazione previsti dal Piano Socio Sanitario Regionale" delinea un percorso di partecipazione del terzo settore, che prevede la costituzione di alcuni organismi collegiali e la valorizzazione e l'autonoma costituzione di Forum del Terzo Settore per ogni ambito territoriale di Conferenza territoriale sociale e sanitaria.

Il sistema di relazioni disegnato nelle "Linee guida per la partecipazione del Terzo Settore ai processi di programmazione previsti dal Piano Socio Sanitario Regionale" prefigura quindi un percorso di lavoro da costruire nel tempo insieme al Terzo Settore, e assegna alle Province il compito di promuovere gli interventi orientati a riconoscere la autonoma costituzione dei Forum e i processi di partecipazione congiunta del Terzo Settore al sistema dei servizi, sostenendo tali processi con adeguati supporti organizzativi e logistici.

In attesa di dare compiuta definizione al disegno regionale sopra delineato e in continuità con quanto finora svolto, il Terzo settore è però chiamato fin da subito a partecipare attivamente alla elaborazione dell'Atto di indirizzo triennale previsto nel Piano sociale e sanitario.

E' pertanto compito degli enti locali creare luoghi e prassi per favorire la partecipazione a tutti i livelli di governo (regionale, intermedio, coincidente con l'ambito della CTSS, e distrettuale) dei soggetti del terzo settore.

Per questa ragione, già in questa fase di programmazione, la CTSS ha promosso incontri con il Forum Provinciale del Terzo Settore, con il Comitato Paritetico provinciale del volontariato, VOLABO, e con le Centrali Cooperative, sia per un approfondito confronto sull'Atto di indirizzo sia per definire le modalità e i tempi per assicurare il confronto nelle successive fasi di attuazione relativamente al monitoraggio, alla valutazione ed alla verifica dei risultati.

Questi incontri con tutti gli organismi del Terzo Settore presenti nella realtà bolognese hanno altresì rappresentato il momento iniziale di confronto e consultazione per definire le modalità con cui pervenire alla costituzione di un "Tavolo di confronto con il terzo settore", che, come previsto dalle Linee guida regionali, dovrà essere istituito dall'Ufficio di presidenza della CTSS.

E' stato condiviso che il "Tavolo di confronto con il terzo settore" divenga sede permanente di confronto nelle fasi di programmazione, realizzazione e valutazione dei risultati in un'ottica di corresponsabilizzazione dei soggetti del terzo settore. Il tavolo di confronto permanente con il terzo settore sarà composto dal Presidente della CTSS, da rappresentanti degli Enti locali, da un rappresentante dell'AUSL e da rappresentanti del Comitato Paritetico del Volontariato, del Forum provinciale del Terzo Settore, delle Centrali Cooperative e del Centro Servizi del Volontariato.

Al "Tavolo di confronto con il terzo settore" si affiancheranno, nella realtà provinciale bolognese, i "tavoli tecnici tematici permanenti" con funzioni tecnico consultive, a composizione variabile, attivi ed operanti ormai da anni. Già ora nella maggioranza dei "tavoli tecnici tematici permanenti" sono presenti soggetti no profit attivi nel settore che partecipano alla elaborazione del sistema dei servizi.

A livello distrettuale, i Comitati di distretto dovranno definire le modalità ed il percorso di concertazione e partecipazione con i rappresentanti locali del terzo settore.

Esperienza consolidata e comune alle diverse realtà distrettuali del territorio bolognese è il "Tavolo del welfare", sede di confronto politico fra il settore pubblico e il no-profit.

Il mantenimento a livello distrettuale di tale luogo di confronto consente di avere un luogo ed una prassi di lavoro consolidata e condivisa fra la Pubblica Amministrazione e il privato sociale.

Parallelamente, riprendendo l'esperienza ampiamente consolidata delle passate edizioni dei piani di zona, il disegno regionale prevede la costituzione a livello di distretto di tavoli tecnici - ai quali partecipano anche i rappresentanti del Terzo Settore - preposti alla elaborazione dei Piani di zona per la salute ed il benessere sociale.

Il sistema di relazione e collaborazione con il terzo settore non si esaurisce con la partecipazione all'elaborazione dell'Atto di indirizzo e coordinamento triennale e dei Piani di zona per la salute ed il benessere, agli Enti locali spetta un ruolo di promozione e valorizzazione del settore no profit a tutto campo.

Si tratta pertanto di dare continuità a quanto è realizzato in questi anni con l'istituzione ed il lavoro condotto con il Comitato paritetico provinciale del volontariato, con le consulte comunali del Terzo settore, con le Assemblee e le iniziative organizzate con le associazioni di promozione sociale e con le organizzazioni di volontariato, con il confronto con il Centro Servizi del Volontariato, con la promozione del servizio civile regionale e la costituzione del Coordinamento provinciale degli Enti di Servizio Civile (COPRESC), con l'attivazione di tavoli di lavoro con la cooperazione sociale. La collaborazione con la cooperazione sociale ha, peraltro, portato alla elaborazione di un "Patto per la valorizzazione del lavoro sociale", sottoscritto da enti locali, cooperative e AUSL che hanno condiviso l'impegno di operare per una migliore qualità dei servizi sociali e per una valorizzazione della cooperazione sociale, in particolare quella di tipo B.

6.2 - Strumenti di partecipazione e confronto: indicazioni per la regolamentazione dei rapporti con le Organizzazioni sindacali

La ricchezza dell'esperienza dei Piani di zona e dei Piani Per la Salute in Emilia Romagna emerge con tutta evidenza anche dal sistema di relazione costruito in questi anni con le Organizzazioni sindacali.

Nel nostro territorio le OO.SS hanno partecipato al processo di programmazione sociale e sanitaria ai diversi livelli di governo locale e regionale, così come condiviso nel "Protocollo d'intesa fra la Regione Emilia-Romagna, le rappresentanze delle Autonomie locali e le confederazioni sindacali C.G.I.L., C.I.S.L., U.I.L., sullo sviluppo dei servizi sociali e socio sanitari e sul sistema delle relazioni sindacali", siglato il 31 maggio 2006.

In quanto soggetti portatori di interessi diffusi della società civile, le Organizzazioni sindacali hanno partecipato al dibattito ed al confronto intercorso con gli Enti locali sugli obiettivi e sugli indirizzi prioritari del nuovo sistema di welfare regionale.

Anche a livello provinciale, le Organizzazioni Sindacali hanno partecipato alla programmazione sociale e sanitaria mediante la partecipazione a tavoli di lavoro e procedendo alla sottoscrizione di Accordi e Protocolli di intesa, mirati su singole specifiche questioni di grande rilievo per la qualità dei servizi a livello locale: è il caso del "Protocollo d'accordo tra Cooperazione Sociale, Sindaci, Provincia di Bologna, Organizzazioni sindacali, teso alla valorizzazione del lavoro sociale e alla definizione di nuovi modelli di relazione e di collaborazione fra Pubblica Amministrazione e Cooperazione sociale" e del "Protocollo sulle liste d'attesa" firmato nel mese di luglio 2008, protocollo a valenza provinciale, che assegna input operativi e gestionali, in particolare all'Azienda USL, per favorire l'accessibilità dei servizi ai cittadini.

Attraverso il confronto continuo con le organizzazioni sindacali nel prossimo medio periodo si andranno a completare alcuni processi riorganizzativi e funzionali relativi a strutture che operano sull'intero territorio metropolitano e nello specifico: il Laboratorio Unico Metropolitano, il sistema Trasfusionale Unico Metropolitano e il Piano di sviluppo della Dialisi provinciale, di cui è prevista conclusione per l'anno 2009.

Entro l'anno 2008 si concluderà, inoltre, il percorso di concertazione avviato con le organizzazioni sindacali per la realizzazione del progetto di miglioramento dell'attività ortopedica-traumatologica in ambito metropolitano.

La prassi di collaborazione con le OO.SS, ormai consolidata negli anni, ha prodotto la ne-

cessità di confermare il tavolo di confronto permanente a livello provinciale, riconducendo ad esso l'insieme dei temi contenuti nel presente atto indirizzo e coordinamento triennale. Il tavolo di confronto permanente istituisce tavoli tecnici e/o gruppi di lavoro per favorire i cambiamenti necessari a migliorare i servizi e le prestazioni sociosanitarie rivolte ai cittadini del territorio metropolitano.

6.3 - Strumenti di partecipazione e confronto: la rappresentanza politica dei cittadini stranieri residenti nel territorio provinciale

Tra gli obiettivi strategici del Piano sociale e sanitario regionale, si individua la necessità di operare per l'effettivo "coinvolgimento dei cittadini stranieri nella definizione delle politiche pubbliche locali".

La Provincia di Bologna, nell'ambito della programmazione dei Piani di Zona 2005-2007, e attraverso i Programmi per l'integrazione sociale dei cittadini stranieri di cui alla L.R. 5/2004, si è pertanto impegnata nella direzione suindicata, dotandosi di un organismo idoneo a consentire una reale partecipazione della cittadinanza straniera alle decisioni che riguardano il destino della collettività: il "Consiglio dei cittadini stranieri e apolidi della Provincia di Bologna".

Il lungo e complesso percorso che ha portato il 2 dicembre 2007 all'elezione di questo Consiglio, ha richiesto circa tre anni di lavoro ed ha coinvolto tutta la comunità provinciale, nelle sue diverse forme ed espressioni: ai tavoli di lavoro istituiti ai fini della realizzazione del progetto hanno infatti partecipato – oltre ad un Comitato Scientifico composto da docenti Universitari - rappresentanti dei Comuni del territorio, di Istituzioni locali, dei Sindacati e di varie realtà del Terzo Settore, in primo luogo delle Associazioni di cittadini stranieri. Ciò affinché l'istituzione di questo organismo non fosse un atto meramente formale, bensì l'espressione di una precisa volontà dell'Amministrazione provinciale e della società civile organizzata.

Il Consiglio degli stranieri è un'autonoma istituzione politico-amministrativa, a base elettivo-rappresentativa, in grado di elaborare pareri e proposte, di individuare problemi, di discuterli, anche attraverso la costituzione di proprie commissioni tematiche e l'invito di alcuni suoi componenti nelle commissioni consiliari. Al Consiglio degli Stranieri è fornita una rilevante capacità giuridica: cioè il parere obbligatorio scritto sulle proposte di deliberazione consiliare del bilancio preventivo provinciale e la possibilità di esprimere pareri su tutti gli atti dell'Amministrazione provinciale. Esso, inoltre, è funzionalmente connesso – in modi diversi e con finalità differenti – con il Consiglio provinciale, con la Conferenza metropolitana dell'Area bolognese, con l'Assemblea del Circondario di Imola, con i Comuni del territorio provinciale.

La CTSS ritiene pertanto indispensabile acquisire il parere del Consiglio dei cittadini stranieri e apolidi della Provincia di Bologna su questo importante atto di programmazione ed invita i Comitati di Distretto ad allargare la partecipazione ai Tavoli del Welfare anche ai rappresentanti della popolazione straniera, avvalendosi di organismi eventualmente già istituiti a livello locale, ovvero riferendosi a quanto disposto dal Regolamento per l'Istituzione ed in funzionamento del Consiglio dei cittadini stranieri e apolidi della Provincia di Bologna laddove prevede (art. 45) che i consiglieri possano essere invitati a partecipare alla definizione dei Piani di zona distrettuali per la salute e il benessere sociale.



Parte VII
Strumenti
per la programmazione

7 - STRUMENTI PER LA PROGRAMMAZIONE

In aggiunta ai sistemi di reportistica in via di definizione a livello regionale, il Comitato di coordinamento di Bologna e Imola istituisce un gruppo di lavoro con il mandato di proporre entro 6 mesi dall'approvazione dell'Atto di indirizzo e coordinamento un sistema di reportistica correlato alla pianificazione avviata.

Verranno attivati tavoli di livello provinciale per monitorare la coerenza della programmazione con gli indirizzi contenuti nel presente atto, mentre il monitoraggio dei programmi attuativi sarà realizzato a livello distrettuale.

A supporto delle attività di programmazione, monitoraggio e valutazione sia di livello intermedio che distrettuale svolgono la loro funzione gli osservatori e i centri servizi attivati a livello provinciale come luoghi di approfondimento tematico e specialistico, tra questi:

- Osservatorio Provinciale delle Immigrazioni
- Osservatorio Politiche Sociali, funzione svolta dall'Ufficio di piano provinciale di raccolta, elaborazione ed analisi dati sull'offerta dei servizi sociali e sociosanitari ed Osservatorio provinciale del bisogno in collegamento con la rete degli sportelli sociali
- Osservatorio Provinciale della Scolarità
- Aneka centro servizi per la promozione del benessere a scuola c/o Istituzione Minguzzi.

L'Istituzione "Gian Franco Minguzzi" della Provincia di Bologna è un'organizzazione di studio, documentazione, formazione e ricerca attiva prevalentemente nel campo della salute mentale e dell'inclusione sociale.

Nella realizzazione di tali attività l'Istituzione opera privilegiando un approccio di rete, multidisciplinare ed integrato.

L'Istituzione in questi anni ha partecipato al processo programmatico dei Piani di Zona, sia mediante il proprio Centro "Aneka - servizi per il benessere a scuola", sia mediante la realizzazione di attività di formazione e di documentazione di progetti di inclusione sociale realizzati con i Distretti, con l'Assessorato alle Politiche Sociali della Provincia di Bologna, con Pubbliche Amministrazioni locali e con soggetti del Terzo Settore.

In ragione delle finalità di studio e ricerca e dei settori di intervento, delle esperienze maturate e delle reti di relazioni costruite, l'Istituzione rappresenta dunque un'importante risorsa a disposizione della CTSS, dei Comuni e dalla Provincia nell'ambito della programmazione sociale e socio-sanitaria.

