

**ATTO
DI
INDIRIZZO
E
COORDINAMENTO**

**La programmazione territoriale 2009-2011
per la salute ed il benessere della comunità**

*Testo finale
approvato
dall'Ufficio di Presidenza*

Parma, 24 novembre 2008

sommario

	Pg.
Presentazione	1
 Cap. 1 I risultati conseguiti nel processo di programmazione nel triennio 2006-2008	
1.1 nell'area sanitaria	3
1.2 nell'area sociale e socio-sanitaria	6
 Cap. 2 I nuovi scenari: dal Piano sociale e sanitario all'Atto di indirizzo	
2.1 le scelte del Piano	11
2.2 l'Atto di Indirizzo e coordinamento	13
 Cap. 3 Il Profilo di Comunità:	
3.1 l'esperienza dei Piani per la Salute, dei Profili di Salute, dei Bilanci di Missione	17
3.2 significati e obiettivi del Profilo di comunità	20
 Cap. 4 Il PAL 2009-2011	
4.1 l'esperienza del PAL 2005-2007	23
4.2 bisogni, criticità e linee strategiche 2009-2011	25
4.3 riferimenti metodologici ed organizzativi	30
4.4 le integrazioni al PAL dal processo di partecipazione	34
 Cap. 5 Il Piano di Zona 2009-2011	
5.1 le esperienze dei Piani di Zona	47
5.2 bisogni, criticità e linee strategiche 2009-2011	49
5.3 riferimenti metodologici ed organizzativi	53
5.4 le integrazioni al Piano di Zona dal processo di partecipazione	59
 Cap. 6 L'integrazione tra sociale e sanitario	65
6.1 un nuovo modello di comprensione dei bisogni socio sanitari	66
6.2 sostenere l'integrazione istituzionale e comunitaria	67
6.3 restituire centralità al welfare familiare.	68
6.4 sostenere e potenziare il welfare di comunità	70
6.5 priorità alle situazioni caratterizzate da alta complessità e severità	71

Cap. 7

Le altre politiche di impatto sul benessere

7.1 integrazione delle politiche	73
7.2 politiche abitative	76
7.3 trasporti	78
7.4 viabilità	79
7.5 politiche educative	80
7.6 formazione / lavoro	82
7.7 politiche giovanili	83
7.8 il contributo del piano territoriale di coordinamento provinciale (PTCP)	84
7.9 ambiente	87
7.10 agricoltura e sviluppo economico	90
7.11 cooperazione internazionale, Ufficio Europa	91

Cap. 8

Gli investimenti nel triennio

8.1 investimenti in area sanitaria e socio-sanitaria	93
8.2 investimenti in area sociale	100

Appendice: Impegni e scadenze	107
-------------------------------	-----

Presentazione

1. Affrontiamo la nuova stagione programmatoria con sentimenti contrastanti.

Da una parte la nostra soddisfazione è più che giustificata dai risultati aggiunti, dai livelli di assistenza sempre più avanzati che riusciamo a garantire alla comunità, dalle prove di maturità offerte da Enti Locali, Aziende Sanitarie, professionisti, Forze sociali, e operatori che in maniera diffusa sul territorio giorno dopo giorno sono impegnati nel contatto diretto ed impegnativo con le persone e la sofferenza.

Da un'altra parte la nostra preoccupazione assume sempre più connotazioni allarmanti.

I mutamenti che si producono nell'area dei bisogni sociali e sanitari sono sempre più accelerati, le difficoltà socio-economiche di gran parte dei cittadini sono crescenti, le minacce allo smantellamento del sistema pubblico attraverso la riduzione delle risorse e degli investimenti sono sempre più pesanti.

2. Affrontiamo la nuova stagione programamtoria con obiettivi rinnovati.

Consolidare i livelli raggiunti, superare i ritardi più significativi, individuare le nuove priorità che si pongono.

Questo è in estrema sintesi "l'indirizzo" di fondo che si pone e si propone per caratterizzare la ricerca e la scelta degli obietti sui quali impegnarsi.

Sul territorio, ove è necessario sempre più avvicinare, facilitare, i servizi al cittadino, lavorando sulle reti professionali e su percorsi trasparenti.

In area ospedaliera ove è necessario sempre più, anche attraverso le reti cliniche e tra Ospedali, offrire a tutti la migliore qualità assistenziale oggi disponibile, attraverso professionisti preparati, in termini diagnostici di cura e di riabilitazione.

Nel rapporto bidirezionale tra Ospedale e territorio, ove è necessario semplificare le procedure, incentivare gli automatismi e le prassi operative integrate, migliorare le relazioni interprofessionali, accentuare la centralità della persona e la unitarietà dei processi di presa in carico.

Tutto questo con due novità sostanziali, che la nostra Regione e il nostro "Atto di Indirizzo" pongono alla base della nuova programmazione.

Si allude ad una forte accentuazione della integrazione socio-sanitaria come asse preferenziale di progettazione degli interventi e alla rilevanza ormai non più erudibile di chiamare in campo, sulla salute ed il benessere, anche l'impatto delle altre politiche (lavoro, abitazione, formazione, trasporti, ambiente, associazionismo, ecc.).

3. Affrontiamo la nuova stagione programatoria con strumenti partecipati.

L'Atto di Indirizzo che in questa sede presentiamo in una prima stesura da sottoporre alle più ampie riflessioni (assieme al primo tentativo di costruzione del "Profilo di Comunità") costituisce l'atto di fondazione del nostro nuovo impegno triennale.

Da questo Atto scaturiscono due nuovi impegni di programmazione:

il nuovo PAL 2009-2011 ed il Piano di Zona 2009-2011. Il primo afferente all'insieme dei servizi sanitari e socio-sanitari sul territorio provinciale, il secondo afferente alla traduzione in ambito distrettuale dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari.

Due strumenti connessi, sui quali nei prossimi mesi siamo chiamati a lavorare.

Con una intensa attività elaborativa costruttiva e attraverso un processo di partecipazione che vorremmo sempre più esteso, coinvolgente e diffuso.

Due strumenti fondamentali per ridisegnare e riprogettare il nostro welfare e per attivare gli strumenti operativi annuali con i quali realizzare i nostri programmi: i Piani delle Azioni in capo alle Aziende Sanitarie ed i Piani Attuativi in capo agli Enti Locali

Emerge evidente la nuova sfida che ci attende.

Complessa, difficile, in una situazione non favorevole.

Dove però esiste il conforto e la consapevolezza che possiamo contare su risorse umane, professionali e non, istituzionali e sociali che hanno già ampiamente dimostrato di saper affrontare i problemi e di saper trovare le soluzioni più adeguate per realizzare risultati sempre più avanzati per "la salute ed il benessere della nostra comunità"

Vincenzo Bernazzoli

Il Presidente

CAP. 1 I risultati conseguiti nel processo di programmazione nel triennio 2006-2008

1.1 NELL'AREA SANITARIA

Il sistema sanitario della provincia di Parma si è distinto in Regione per uno straordinario processo di integrazione che ha dato frutti importanti, e che ha portato tutti gli attori a lavorare congiuntamente all'interno di un disegno più vasto, chiamato a rispondere in termini sempre più adeguati ai bisogni di salute del territorio.

I risultati si possono schematicamente rappresentare seguendo le direttrici maggiori che hanno caratterizzato il Piano, sviluppate sulla base del criterio guida della centralità della persona, come “soggetto” del processo assistenziale: reti integrate; qualità, equità, appropriatezza; integrazione socio-sanitaria; prevenzione e promozione della salute; consolidamento e sviluppo dell'offerta.

Occorre preliminarmente rimarcare, infatti, come il processo di costruzione del PAL 2005/2007 abbia rappresentato per tutti un momento di confronto ed integrazione inedito rispetto alla precedente esperienza di costruzione degli strumenti della programmazione.

Tale percorso, guidato dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria e dai Comitati di Distretto, ha rafforzato la funzione di indirizzo, di individuazione dei bisogni, delle priorità e di verifica, proprio dell'Ente Locale.

In questo contesto il ruolo tecnico specifico dei professionisti delle Aziende Sanitarie ha trovato l'appropriata valorizzazione ed è stato inoltre possibile acquisire il prezioso contributo di consultazione e proposta delle Confederazioni Sindacali, dei Comitati Consulti Misti e degli stessi professionisti dei Comuni.

Ne è scaturito un PAL fatto di obiettivi ed interventi concreti, definiti in termini operativi e quindi misurabili e valutabili.

I risultati sono stati complessivamente positivi ed hanno rappresentato un salto qualitativo nei livelli assistenziali assicurati su tutto il territorio provinciale. In rapida sintesi, rinviando ai reports sul monitoraggio del PAL le analisi puntuali, i risultati conseguiti si possono riassumere nei termini seguenti:

LE CURE PRIMARIE

- Nell'ambito dello sviluppo dei servizi e delle reti territoriali l'area delle cure primarie è stata teatro dei principali cambiamenti innovativi. Il medico e il pediatra di famiglia, l'infermiere dell'assistenza domiciliare, l'ostetrica del consultorio, lo specialista ambulatoriale, il fisioterapista e le altre professioni sanitarie non sono più gli erogatori di singole prestazioni ma gli artefici della integrata rete di competenze e di saperi che ruotano, integrandosi, attorno ai bisogni della persona ammalata. Questo modello si è plasmato e consolidato nella gestione ospedaliera e

territoriale delle malattie croniche e dei conseguenti interventi di cura e di assistenza: il diabete, lo scompenso cardiaco, l'insufficienza respiratoria, la gestione della nutrizione artificiale e della terapia anticoagulante orale, l'accompagnamento nella fase terminale della vita. Le forme associative nell'esercizio della medicina generale sono diventate realtà consolidata e diffusa capillarmente su tutto l'ambito provinciale.

LA SALUTE MENTALE

- La tutela della salute mentale piuttosto che la sola psichiatria ha rappresentato la competenza distintiva degli obiettivi perseguiti dal PAL 2005-2007. Gli interventi per le persone con disagio mentale hanno definitivamente superato barriere anacronistiche con lo sviluppo dell'integrazione verso i problemi della dipendenza da sostanze legali ed illegali, includendo il momento della prevenzione del disagio e della tutela delle fasce deboli tra gli obiettivi d'azione qualificanti. La ricerca continua dell'integrazione con gli interventi sociali ha consentito di strutturare efficaci percorsi di coprogettazione e realizzazione integrata di modelli di presa in carico nei quali anche i professionisti dei Comuni e il mondo del volontariato hanno svolto, un ruolo da protagonista.

LA PREVENZIONE E I PIANI PER LA SALUTE

- La tutela della salute e la prevenzione delle malattie verso la popolazione generale non si è limitata all'attuazione di programmi strutturati di screening volti all'individuazione precoce delle patologie tumorali, alla pianificazione di campagne vaccinali per la prevenzione delle malattie infettive nel bambino e nell'adulto, ma ha definitivamente consolidato il modello operativo di intervento proprio dei Piani per la salute. Partecipazione degli attori sociali e delle parti tecniche, ascolto e coinvolgimento del cittadino e della sua rappresentanza, intersettorialità degli interventi e sinergie tra i soggetti attuatori, in primis l'Ente Locale, hanno caratterizzato i Piani per la Salute sulle tre sicurezze: sicurezza sul lavoro, sicurezza alimentare, sicurezza stradale. La collaborazione con le Associazioni di categoria e dei lavoratori ha costituito il valore aggiunto dei piani ed ormai rappresenta metodo diffuso nella pratica quotidiana dei servizi.

LE RETI INTEGRATE OSPEDALIERE

- Nell'ambito dello sviluppo della Reti Integrate ospedaliere l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha consolidato le funzioni di eccellenza (HUB) assegnate dalla programmazione regionale e il collegamento funzionale con i nodi della rete provinciale e dell'area di riferimento, quali: Cardiochirurgia, Neurochirurgia, Neonatologia e Terapia intensiva neonatale, Assistenza ai Grandi Traumi, Trapianti.

Gli Ospedali di Fidenza/San Secondo e Borgotaro rappresentano riferimento non solo in questa rete provinciale per gli ambiti territoriali distrettuali, ma anche per l'intera provincia e le zone di confine con altri ambiti provinciali e regionali grazie a qualificate funzioni di eccellenza.

Le reti integrate rappresentano il nuovo modello organizzativo, praticato, che permette ai professionisti delle Aziende della Provincia o dell'area di riferimento (Area Vasta Emilia Nord) di confrontarsi e di mettere in campo relazioni che vanno oltre gli aspetti del singolo nodo operativo.

In tali luoghi si affronta il tema dell'appropriatezza organizzativa nell'utilizzo delle risorse in base ai livelli di gravità dei pazienti e alle caratteristiche delle strutture, si realizzano collaborazioni multidisciplinari e interprofessionali, grazie ai gruppi clinici multiprofessionali che compongono tutti i nodi della rete e si definiscono protocolli clinico-organizzativi (governo clinico).

Si citano, fra tutti, i risultati qualificanti ottenuti:

- a) nell'assistenza cardiologica;**
- b) ai pazienti con gravi Traumi;**
- c) nella pianificazione integrata delle azioni per il contenimento dei tempi d'attesa delle prestazioni di ricovero ed ambulatoriali;**
- d) in una coerente politica del farmaco;**
- e) nell'efficace pianificazione degli screening per la prevenzione dei tumori del collo dell'utero, del colon retto e della mammella;**
- f) nell'efficiente integrazione delle attività di laboratorio delle due aziende sanitarie;**
- g) nella capillare e diffusa rete dell'emergenza territoriale con potenziamento dei collegamenti tra l'ospedale e il territorio;**
- h) nel consolidamento della continuità di assistenza e cura all'interno del percorso nascita;**
- i) nell'assistenza alle persone in dialisi attraverso la specializzazione della funzione Hub dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria e la diffusione della rete dei centri dialisi territoriali in ogni ambito distrettuale;**
- j) nella promozione della donazione d'organo e tessuto e nell'attività di trapianto.**

INNOVAZIONE E DIVERSIFICAZIONE ASSISTENZIALE

- Infine nel consolidamento e sviluppo dell'offerta, si deve poi sottolineare che a fianco dell'alta specializzazione e dello sviluppo delle tecnologie più avanzate (TAC 64 strati, mammografi digitali, mammotone, RIS-PACS ecc.) e innovative per il trattamento dei casi più complessi e polipatologici, si sono realizzate, nell'area ospedaliera, nuove e appropriate modalità organizzative alternative al ricovero, quali l'Osservazione Breve Intensiva, Day Surgery, Day Hospital, Day Service, chirurgia ambulatoriale. Tali nuovi modelli organizzativi permettono ai cittadini di effettuare prestazioni sanitarie programmate, che non necessitano di pernottamento, in un percorso clinico-assistenziale sicuro, appropriato e personalizzato per le singole necessità di cura.

1.2 NELL'AREA SOCIO-SANITARIA

L'obiettivo principale che la Conferenza Sociale e Sanitaria aveva a suo tempo consegnato, nel proprio ruolo di committenza, agli estensori del PAL, può essere riassunto nella necessità di porre in essere interventi generali di sistema a sostegno della unitarietà ed efficacia della programmazione in area sociosanitaria per favorire, in particolare, i processi di integrazione istituzionale nella programmazione degli interventi socio sanitari, con lo scopo ultimo assicurare equità di accesso e qualità di gestione alla rete dei servizi.

Dalla realizzazione di questo presupposto si attendeva, come ricaduta positiva, un miglioramento netto della integrazione professionale nella gestione degli interventi in area socio sanitaria.

I risultati più significativi del triennio sono stati i seguenti:

- E' stato individuato e allestito un unico luogo "inter-istituzionale" di programmazione per tutto il settore socio sanitario, a supporto della Conferenza, nella forma di un "tavolo per l'integrazione" che vede rappresentati l' Ufficio di Supporto alla Conferenza, l'Assessorato provinciale alle politiche sociali, i Coordinatori degli Uffici di Piano, i Direttori di Distretto, il Coordinatore Ausl delle Prestazioni sociosanitarie . Il Tavolo, in particolare, ha fornito contributi decisivi allo sviluppo delle politiche della Conferenza in tema di ripartizione del FRNA e di applicazione della deliberazione regionale 1206/07.
- Sono stati progressivamente implementati sul territorio provinciale strumenti condivisi e unificati di valutazione in area socio sanitaria e percorsi formativi omogenei per gli operatori dei diversi soggetti gestori della rete e sono state create le condizioni operative per la realizzazione di un sistema informativo coerente e integrato.

I risultati conseguiti nelle diverse aree possono essere così riassunti.

Area Anziani

- La domiciliarità ha rappresentato , sia nella programmazione che nelle realizzazioni, la scelta strategica e centrale del sistema di interventi. In particolare, nella ripartizione distrettuale del FRNA e nella applicazione della normativa regionale di riferimento (1206/07) si è data particolare attenzione, nelle indicazioni della Conferenza Sociale e Sanitaria, allo sviluppo della capacità di governo dei passaggi fra i diversi livelli della rete dei servizi, domiciliari, residenziali, semiresidenziali e ospedalieri, con una particolare insistenza sulla necessità di mantenere una distinzione rigorosa fra soggetti gestori della domanda e soggetti produttori dei Servizi. Tale scelta, ha avuto relevantissime conseguenze nel rafforzare il ruolo di committenza istituzionale dei Comuni, in una situazione in cui esisteva una obiettiva disomogeneità territoriale ed una relativa debolezza della committenza, rispetto a soggetti produttori "forti", in particolare nell'area della residenzialità protetta, con tradizione pluriennale e con prospettive di consolidamento organizzativo e gestionale molto strutturati (ASP). In questo quadro si è data particolare importanza al consolidamento di progetti di assistenza domiciliare integrati e flessibili,

assicurandone la continuità nell'arco dell'intera settimana con priorità alle situazioni multiproblematiche. Si è, infine, compiuta la scelta di introdurre, unica esperienza in Regione, un criterio specifico di pesatura delle aree geografiche deboli, nei criteri di ripartizione del FRNA, che ha consentito di rafforzare le sedi più disagiate nella erogazione dei servizi domiciliari.

- La qualificazione, differenziazione e articolazione della rete dei Servizi residenziali e semiresidenziali ha consentito di raggiungere nel triennio importanti obiettivi. Il primo consiste nel raggiungimento della omogeneità di offerta di residenzialità protetta in ognuno dei quattro distretti, che oggi corrisponde, con differenze minime di livello locale, al 3,30% della popolazione ultrasettantacinquenne su base provinciale. Il secondo è costituito dalla qualificazione della risposta residenziale e dalla sua diffusione territoriale rispetto a quadri patologici di aumentata severità (Gravi disabilità acquisite, demenze, polipatologie ecc.) ed alla ridefinizione dei percorsi con le reti ospedaliere (Dimissioni protette e dimissioni difficili).
- Lo sviluppo di prototipi innovativi, potenzialmente generalizzabili a tutto il territorio provinciale, di intervento integrato sul tema della fragilità dell'anziano, ha consentito il coinvolgimento pieno e contestuale di competenze di area sociale e sanitaria, con particolare riguardo al ruolo del medico di medicina generale.

Area Disabili

- La qualità socio assistenziale degli interventi e dei programmi individualizzati, è decisamente migliorata grazie alla realizzazione di un coordinamento provinciale e di accordi di programma ad hoc con i Comuni per razionalizzare gli interventi domiciliari.

I miglioramenti più significativi si sono verificati nell'Area dei Disabili in età minore ed in particolare nel settore dei bambini portatori di patologie croniche grazie ai buoni livelli di integrazione istituzionale fra Azienda USL e Comuni e al potenziamento degli interventi in area professionale, con particolare riguardo all'attività di sostegno psicologico al care-giving.

Oltre a ciò si è proceduto nel triennio ad un importante potenziamento della rete di posti dedicati alle gravi disabilità acquisite in età adulta.

Ciò ha consentito di migliorare la capacità di risposta dei singoli territori distrettuali presso i quali sono operative quattro équipes integrate istituite, ai sensi della Delibera regionale 1268/06.

- I percorsi di integrazione al lavoro per le persone disabili e le fasce deboli erano già molto strutturati ed efficienti su tutto il territorio provinciale (la Provincia di Parma ha, in Regione, il più alto numero di inserimenti al lavoro di persone disabili). Nel corso del triennio le funzioni di integrazioni al lavoro sono interamente transitate, in base alla Legge 68/99, all'Amministrazione Provinciale presso l'Assessorato alla Formazione professionale. Ciò ha consentito lo sviluppo di un obiettivo importante consistente nella unificazione delle sedi di accesso all'integrazione

lavorativa per tutte le fasce deboli, in luoghi non sanitarizzati come i Centri provinciali per l'impiego. In parallelo si sono ricercate risposte specifiche sul versante dell'integrazione al lavoro, per persone con deficit significativi e scarse autonomie ed abilità psicofisiche grazie al potenziamento, promosso dall'Azienda USL, di progetti riabilitativi individualizzati gestiti in collaborazione con diverse compagini sociali ed in particolare con cooperative di tipo B.

- La funzione di committenza nei confronti di soggetti gestori di servizi esternalizzati per persone disabili è migliorata grazie alla sottoscrizione di accordi specifici e alla costituzione di tavoli tecnici integrati fra soggetti pubblici e soggetti del terzo settore che hanno consentito di condividere le linee di fondo della programmazione ed interventi di accompagnamento e monitoraggio dei progetti riabilitativi individualizzati.

Area Minori, responsabilità familiare e fasce Deboli

- Si è realizzata una significativa integrazione tra servizi sanitari gestiti dall'Azienda USL e Servizi Sociali gestiti dalle Amministrazioni Comunali grazie, in particolare, all'attivazione di una regia unitaria degli interventi, sviluppata in collaborazione con l'Amministrazione Provinciale, finalizzata al governo dei percorsi integrati. Le Aree che hanno beneficiato, in particolare, di tale coordinamento, sono quelle della Prevenzione di abusi e maltrattamenti ai minori, l'Area del Bambino cronico, l'Area affidi-adozioni e l'Area dei disturbi generalizzati dello sviluppo. Quest'ultima, in particolare, ha visto un potenziamento complessivo della rete riabilitativa anche attraverso lo sviluppo di convenzioni con soggetti esterni (Fondazione Bambini e Autismo).
- E' stato realizzato un rilevante programma di intervento per la prevenzione del disagio giovanile e delle sue possibili evoluzioni nel senso psicopatologico nella fasce minorile e adolescenziale. Il programma, denominato "Prove di Volo" ha visto il coinvolgimento di quattro Dipartimenti dell'Azienda USL e l'Università degli Studi di Parma ed i Comuni, ed ha sviluppato, in forma di prototipo, dieci progetti sperimentali dedicati sia alla prevenzione del disagio che alla presa in carico precoce delle derive psicopatologiche e dei crolli evolutivi in età adolescenziale e giovanile.

Oltre al consolidamento della rete di interventi e Servizi per il disagio giovanile il Programma ha consentito la condivisione tra soggetti istituzionali diversi di un modello di comprensione del disagio giovanile. Dopo la fase sperimentale avviata nel triennio, i Progetti-prototipo sono attualmente nella fase di implementazione su tutto il territorio provinciale.

Area Salute Immigrati

- A fronte del significativo aumento della popolazione migrante (oltre 36.000 migranti regolari residenti in provincia) con un aumento di circa 30% nell'arco del triennio, le politiche socio sanitarie a supporto di questo settore, hanno fatto registrare significativi risultati grazie soprattutto alla presenza del Programma aziendale Salute Immigrati che, in questa fase, ha

rappresentato la “porta di ingresso” ai Servizi sanitari per la popolazione straniera. Le carenze legislative relative allo sviluppo di servizi sociali e socio assistenziali per le persone migranti, hanno rappresentato un ostacolo oggettivo, solo in parte compensato dal diritto alla salute.

Ciò premesso gli interventi più significativi possono essere così riassunti:

- È stato avviato un intervento ampio di prevenzione del disagio giovanile dedicato sia a minori e adolescenti provenienti da famiglie migranti che da famiglie italiane. In particolare sono stati attivati gruppi di sostegno alla genitorialità con il coinvolgimento delle Associazioni degli immigrati ed è stata portata a termine la ricerca intervento in collaborazione con altri Servizi aziendali, Istituzioni, Scuole ed Associazioni di Volontariato sulle cause del disagio e delle difficoltà di integrazione, anche a partire da fasce di età precocissime.
- Sono stati creati percorsi integrati nella rete dei Servizi aziendali ed interaziendali, con l'individuazione dei livelli di assistenza da dedicare a tutti i cittadini immigrati. In particolare sono stati sviluppati percorsi integrati con l'Area Salute Donna, il Dipartimento di Sanità Pubblica e il Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche.

Cap.2 I nuovi scenari: dal Piano sociale e sanitario all'Atto di Indirizzo

Il Piano sociale e sanitario approvato nei mesi scorsi dall'Assemblea legislativa rappresenta una svolta profonda nei metodi e nei contenuti per quanto attiene la programmazione dei livelli assistenziali nella nostra Regione.

Due su tutte le innovazioni destinate a mutare lo scenario di riferimento:

- a) “sociale” e “sanitario”, i paradigmi storici attraverso i quali abbiamo fino ad oggi interpretato i bisogni e gli interventi non possono essere più letti in maniera disgiunta;
- b) La programmazione in area sociale, socio-sanitaria e sanitaria è sempre meno un percorso speculare ed uniforme di tipo direttivo sul territorio ed è sempre più il percorso partecipato che le diverse comunità attivano e sviluppano nel proprio territorio.

2.1 LE SCELTE DEL PIANO

Le scelte del nuovo Piano regionale consolidano ulteriormente le fondamenta del nuovo welfare universalistico, equo e sociale che si intende costruire.

Partendo dalle esperienze fino ad oggi maturate e analizzando i mutamenti continui che caratterizzano gli indicatori demografici e socio-economici, il Piano riconduce ad unità i processi assistenziali, superando le settorialità, le separatezze, le discontinuità e facendo dei processi di integrazione la chiave di volta dell'intero sistema.

Sociale e sanitario non possono più dunque essere ambiti separati di riferimento.

Questo perché le risorse sempre più limitate richiedono azioni sul piano organizzativo se non si vuole abbassare il livello dei servizi e anche perché la centralità della persona, da sempre obiettivo delle politiche assistenziali, trova sul piano concettuale, una sintonia più definita con i processi di integrazione.

Questa lettura sincronica è dunque la base di riferimento che la programmazione regionale pone alla progettualità assistenziale.

Sia che si faccia riferimento a target sociali storici (bambini, anziani, ecc.) o alle cosiddette marginalità e nuove povertà (disabili, immigrati, ecc.), sia che si proceda alla lettura dei nuovi bisogni (continuità assistenziale, accesso ai servizi, ecc.), sia che si faccia riferimento al sistema territoriale (cure primarie, ecc.) o a quello ospedaliero (reti cliniche, ecc.), la integrazione assume la connotazione di una modalità fondamentale capace di accrescere l'efficacia degli interventi e la soddisfazione del complesso sistema di diritti.

Il Piano regionale è in questa prospettiva e, nel disegno programmatico, il processo di integrazione è il filo rosso che attraversa e collega le aree delle politiche sociali e sanitarie, le linee di sviluppo della ricerca e dell'innovazione, la partecipazione, le trasformazioni strutturali collegate alle nuove Aziende per i Servizi alla Persona e alla istituzione del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza.

2.2 L'ATTO DI INDIRIZZO E COORDINAMENTO

Ma il Piano è anche fonte di incentivazione delle responsabilità e della integrazione tra gli strumenti di programmazione.

È il consolidamento della “governance” come metodologia di costruzione del “welfare”. È la definizione delle responsabilità di Regione ed Enti Locali, in forma unitaria ed integrata a tutte le funzioni di governo del sistema: programmazione, regolazione, verifica dei risultati.

L'integrazione istituzionale che il Piano configura porta a compimento il quadro di riferimento delle funzioni complessive: al governo del servizio sanitario regionale proprio della Regione si collega il governo degli interventi territoriali proprio degli Enti Locali.

Ed è appunto la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria il luogo di questo collegamento istituzionale, anche attraverso i Comitati di Distretto.

Nasce qui il nesso tra lo strumento di programmazione regionale (il Piano) e il nuovissimo strumento di programmazione proprio degli Enti Locali e in capo alla CTSS: l'Atto di Indirizzo e coordinamento.

Questo importante documento triennale, che costituisce “il quadro di riferimento della programmazione triennale per la salute ed il benessere”, configura dunque l'insieme delle scelte che siamo chiamati a definire, dei percorsi che vogliamo attivare, degli obiettivi che è necessario perseguire, delle metodologie che riteniamo utili adottare per salvaguardare i livelli assistenziali, rispondere alle priorità e ai bisogni, accrescere la qualità della vita sul nostro territorio.

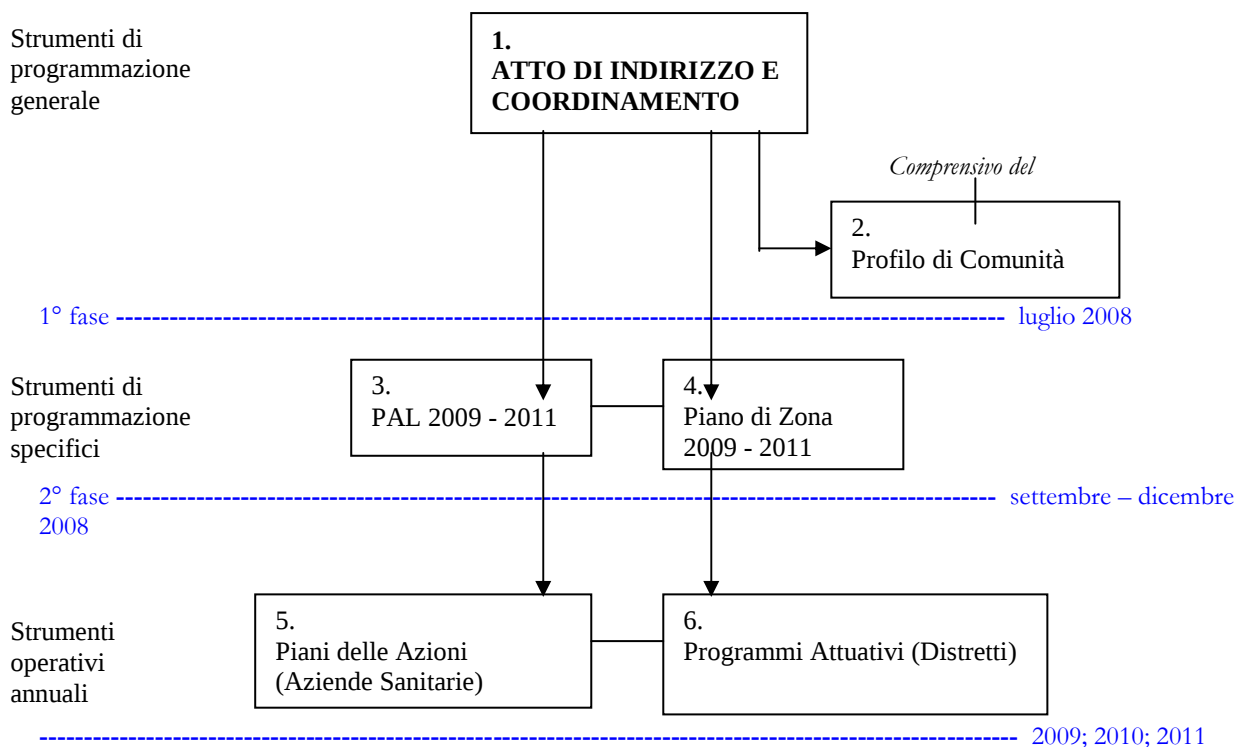
L'Atto di Indirizzo e coordinamento sostanzialmente articola tutto il processo programmatico triennale, definendo gli obiettivi strategici generali, i percorsi e gli strumenti in un'ottica partecipata e condivisa.

a) Articolazione ed unitarietà del processo.

La necessità di ricomporre in un quadro unitario la programmazione richiede l'esplicitazione delle fasi del processo e delle relative correlazioni. In linea generale il processo:

- è promosso e attivato dall'Atto di Indirizzo, che ricomprende il Profilo di Comunità;
- si sviluppa nella costruzione dei due principali strumenti triennali di programmazione: il Piano Attuativo Locale ed il Piano di Zona;
- è praticato attraverso due strumenti operativi annuali: il Piano delle Azioni, di competenza delle due Aziende, i Piani Attuativi, di competenza dei Comitati di Distretto.

Si tratta dunque di una articolazione a tre livelli, conseguenti, correlati e comunicati, che può essere così schematizzata:



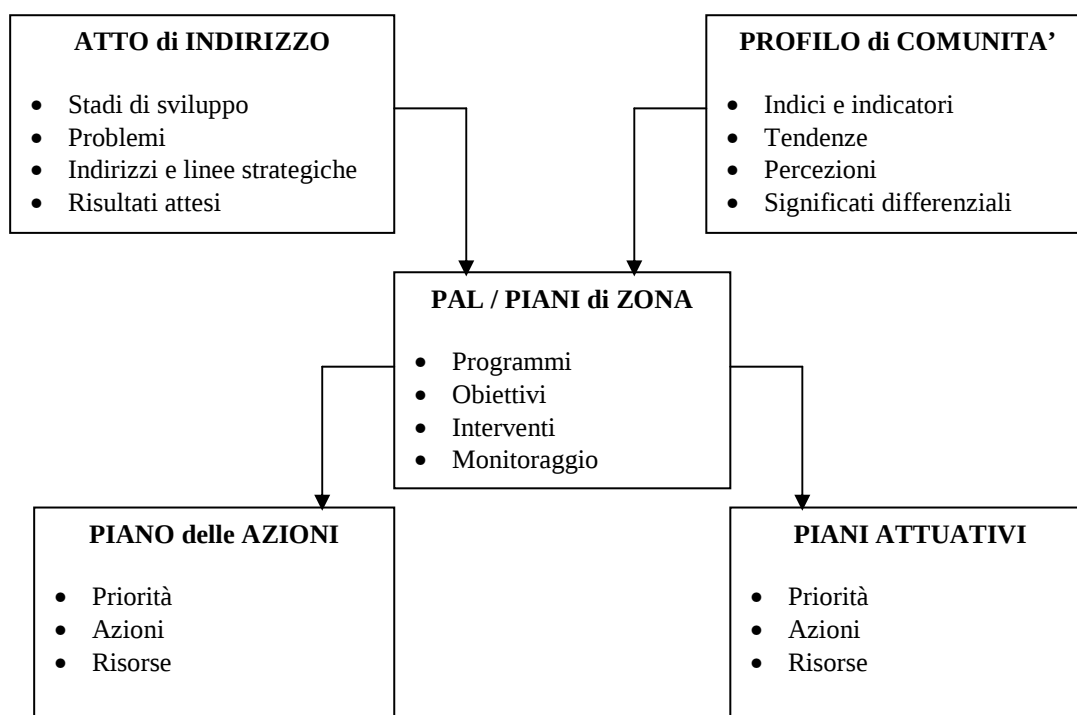
b) Connessioni funzionali tra gli strumenti

Come si evince dallo schema precedente, tutti gli strumenti hanno una propria specificità ed assolvono a funzioni diverse sia pure in un processo programmatico unitario.

Per rafforzare questa specificità e questa unitarietà, è utile anche dunque stabilire le connessioni funzionali a livello dei contenuti che gli strumenti sono chiamati ad esprimere.

Questo per evitare duplicazioni e favorire, oltre che una unitarietà di linguaggi, una corretta definizione degli oggetti che costituiscono il “core” di ogni strumento.

Da questo punto di vista è possibile avanzare una proposta metodologica così articolata:



Come si osserva:

- L'Atto di indirizzo si caratterizza per contenuti che devono collegare “storicamente” i processi, cercando di individuare quali sono i problemi prioritari, quali indirizzi e linee strategiche sono da attivare, verso quali risultati occorre orientare la programmazione.
- Il Profilo di Comunità, oltre alla rappresentazione dei dati di realtà che caratterizzano il territorio, deve essere in grado di individuare quali significati attribuire agli indici e agli indicatori e quali sono le tendenze e le percezioni dei cambiamenti in atto.
- Il PAL ed i Piani di Zona dovrebbero anche assumere, anche per facilitare le necessarie interdipendenze, una connotazione comune per quanto ne attiene il processo costruttivo. Sarebbe cioè quanto mai necessario che entrambi gli strumenti assolvessero la propria funzione indicando i programmi da attivare, gli obiettivi sui quali impegnarsi, gli interventi da realizzare, le modalità di esercizio della partecipazione, il sistema di monitoraggio attraverso cui valutare i risultati.
- Il Piano delle Azioni (di competenza delle Aziende) e Piani Attuativi (di competenza di Comitati di Distretto) dovrebbero allo stesso modo uniformare la loro rappresentazione articolando sostanzialmente le tre questioni di fondo che caratterizzano i processi gestionali: quali sono le priorità, quali le azioni, quali le risorse disponibili.

c) Contesti

L'Atto di Indirizzo non si limita però solo a disegnare tempi e percorsi, ad indicare modalità di costruzione degli strumenti, a individuare obiettivi strategici o a sollecitare la ricerca di bisogni prioritari.

L'Atto chiede anche uno sforzo ulteriore nella costruzione dei programmi, nelle modalità di rappresentazione del processo, nell'impegno all'innovazione del sistema sanitario socio-sanitario e sociale provinciale.

- Per quanto attiene la costruzione dei programmi vi è un esplicito riferimento a favorire quelli che contengono significative valenze in termini di integrazione socio-sanitaria.
- Per quanto attiene i rapporti tra i sistemi vi è un esplicito invito a sostenere con forza le correlazioni con tutte le altre politiche che impattano con le condizioni di salute e di benessere.
- Per quanto attiene la rappresentazione del processo programmatico si sottolinea a più riprese l'esigenza di porre in primo piano le necessità comunicative verso i cittadini, il fondamentale apporto della partecipazione, l'attivazione di un condiviso sistema di monitoraggio.

- Per quanto attiene l'innovazione attraverso gli investimenti l'Atto di indirizzo ripropone la rilevanza degli impegni che le Aziende hanno assunto in sede di Conferenza Territoriale ed il quadro di riferimento della spesa sociale per quanto riferibili alle funzioni degli Enti Locali.

CAP. 3 IL Profilo di Comunità

L'ESPERIENZA DEI PIANI PER LA SALUTE, DEI PROFILI DI SALUTE, DEI BILANCI DI MISSIONE

⇒ Rileggere l'esperienza condotta all'interno dei Piani per la Salute significa richiamare, seppur brevemente, l'assunto di fondo di questo ambizioso progetto regionale, rappresentato anzitutto dalla nuova consapevolezza che i determinanti più potenti della salute devono essere ricercati nelle condizioni sociali, economiche e culturali di una popolazione, e non più soltanto nel, pur essenziale, sistema delle cure.

E, in secondo luogo, come diretta conseguenza di tale assunto, l'altrettanto centrale acquisizione che un'azione davvero efficace possa essere condotta soltanto attraverso una pluralità di soggetti e di azioni convergenti e sinergiche. Come dire insomma che la via maestra per aggredire temi rilevanti di salute quali sicurezza sul lavoro, sicurezza stradale o promozione di stili di vita sani, passa necessariamente attraverso l'apporto comune e contestuale di più soggetti e più interventi. Acquisizioni teoriche e sul campo di cui oggi siamo pienamente consapevoli ed “esperti”, grazie soprattutto alle riflessioni ed all'esperienza pratica condotta in questi anni all'interno dei Piani per la Salute, sia a livello locale, sia attraverso la corralità di interventi e riflessioni svolti in ambito regionale.

Si tratta infatti di un'esperienza che è stata in qualche modo “esportata” anche al di fuori dei confini della nostra regione, e che ha riscosso interesse proprio per il carattere fortemente innovativo degli assunti e della metodologia adottata.

A Parma, com'è noto, abbiamo lavorato sia a livello provinciale, sia a livello di singoli distretti, su temi rilevanti quali quelli appena citati, ma anche su altri ambiti, quali la Sicurezza alimentare, che ha visto impegnate nella promozione ed implementazione di linee guida una vasta platea di soggetti, dai produttori, fino alle associazioni di consumatori, in un ambito tematico in cui la nostra provincia intende giocare un ruolo di primissimo piano.

Altri progetti riguardano invece la promozione del benessere adolescenziale e giovanile, tradottisi in quel *corpus progettuale* davvero ricco ed articolato che va sotto il nome di “Prove di volo”.

Un altro ricco insieme di progetti riguarda poi la promozione di stili di vita sani, al cui interno troviamo temi quali la lotta al tabagismo, l'educazione alimentare o la promozione dell'attività fisica, anche attraverso la divulgazione e l'impiego del DVD multimediale che la Regione, con l'apporto di tutte le AUSL, ha recentemente messo a disposizione delle scuole secondarie di primo e secondo grado.

Si tratta insomma di un percorso che sicuramente ha arricchito la nostra consapevolezza in materia, modificando anche profondamente un modo di lavorare che, in passato, era

sostanzialmente riconducibile all'interazione tra il formatore e il destinatario del messaggio (singolo utente, gruppo classe o specifico target). Oggi siamo pienamente consapevoli della necessità di interventi corali, diffusi, fortemente specializzati anche sul piano comunicativo, ma soprattutto capaci di coinvolgere una pluralità di soggetti, che diventano insieme attori e destinatari dei messaggi di salute.

D'altro canto, i riscontri avuti su questi interventi sono stati decisamente positivi, sia rispetto al gradimento del metodo introdotto, sia rispetto all'efficacia stessa dei messaggi così veicolati. Se infatti è difficile, in questo campo, disporre di dati certi rispetto all'efficacia dei singoli interventi, nondimeno le rilevazioni effettuate, in taluni casi ex ante ed ex post, ci hanno confermato che questa è la strada da seguire per giungere a modificare non solo le conoscenze sui singoli temi ma, auspicabilmente, anche i comportamenti delle popolazioni bersaglio.

⇒ Una delle fonti di riferimento dei Piani per la Salute è costituita da un altro documento che ha segnato le esperienze delle Aziende Sanitarie in questi anni: il Profilo di Salute.

Promossi dalla Regione e avviati sia pure in forme differenti a partire dal 2000, i Profili di Salute si propongono di documentare periodicamente attraverso indicatori specifici i valori che caratterizzano lo stato di salute della popolazione.

È dunque uno strumento prevalentemente conoscitivo, che aggiorna sui fenomeni maggiori collegabili al contesto socio-sanitario (consumi di servizi socio-sanitari) alle principali cause di malattia e morte, ed anche, nelle esperienze più approfondite, gli stili di vita e alla percezione soggettiva della qualità della vita.

I Profili di Salute, nelle esperienze regionali, non sono esattamente sovrapponibili.

Ogni area territoriale ne ha “interpretato” una configurazione, collegando l'informazione prevalente di tipo sanitario agli aspetti ambientali, ovvero a quelli demografici, ovvero a quelli socio-economici.

Resta il fatto, importante, che questo documento attiva forse per la prima volta a livello locale una informazione sanitaria puntuale, connessa al territorio, altrimenti disponibile solo in maniera saltuaria, episodica, o attraverso indagini ad hoc.

⇒ In questo percorso di “governance” si iscrive anche l'esperienza dei Bilanci di missione che, introdotti nel 2004, rappresentano lo strumento attraverso cui le Aziende Sanitarie illustrano l'azione istituzionale svolta, oltre che i risultati di salute concretamente conseguiti.

Si tratta infatti di un documento che affianca, rendendolo più leggibile e comunicabile, il bilancio di esercizio, con la sua contabilità economica e finanziaria. Esso infatti tenta di tradurre le cifre indicate ai singoli capitoli di bilancio in presidi, servizi erogati, prestazioni rese, mirando a legare i dati alle condizioni di salute ed ai vantaggi per la comunità. Insomma, uno strumento pensato per rendere chiaro e leggibile l'operato aziendale ma che, nel contempo, consente ai numerosi interlocutori (Enti Locali, altri enti pubblici e privati, Comitati Consultivi Misti, Organizzazioni

Sindacali e di categoria, Terzo settore e così via) di verificare la graduale realizzazione degli obiettivi in precedenza fissati e dichiarati.

In conclusione:

- a) Il Bilancio di Missione sicuramente conferma la validità del suo significato: è uno strumento di completamento dei Bilanci di Esercizio della Aziende ed illustra, al di là dei consuntivi economici, come si struttura l'offerta in termini sanitari e socio-sanitari e come evolve l'assistenza resa alla comunità.
- b) Il Profilo di Salute ha svolto e continua a svolgere una sua funzione ma è evidente come il suo futuro sia collegato allo sviluppo del nuovo "Profilo di Comunità" che ne dovrebbe rappresentare lo sbocco naturale ed evolutivo. Il "Profilo di Comunità" cioè, anche sulla base delle esperienze del Profilo di Salute, dovrebbe gradualmente ed ulteriormente sviluppare i nessi tra i fenomeni sanitari e socio-sanitari, le correlazioni tra le politiche socio-sanitarie e non, le forme partecipative attorno alla interpretazione e alla valutazione dei fenomeni, le indicazioni in termini di priorità ed interventi ai fini della programmazione.
- c) I Piani per la Salute, di conseguenza e fermo restando la loro originaria caratteristica e specificità metodologica, sono chiamati anch'essi ad un processo evolutivo.

Nel senso che, tra l'altro, dovrebbero sempre più collegarsi alle indicazioni del "Profilo di Comunità" e ai due nuovi strumenti di programmazione: il PAL ed il Piano di Zona distrettuale per la salute ed il benessere.

3.2 SIGNIFICATI ED OBIETTIVI DEL PROFILO DI COMUNITA'

Il Profilo di Comunità rappresenta sicuramente una delle principali innovazioni poste a base sia dei documenti programmatori e sia dei percorsi finalizzati alla costruzione di un nuovo welfare regionale e locale.

1. Una prima questione , in premessa, merita approfondimento. Il Profilo non può e non deve essere un archivio, una banca dati, un mero contenitore di tipo statistico che raccoglie di tutto un po', in senso generalista e per comparti autoreferenziali .

Non vi è alcun bisogno di moltiplicare o replicare tali forme e modalità documentative.

Al contrario, nei confronti dei citati strumenti, il Profilo di Comunità agisce come luogo di “combinazione e selezione” di dati in gran parte già esistenti o prodotti da soggetti diversi, per attivare processi di produzione, di “informazione”, per cogliere le relazioni fra i fenomeni, i loro rapporti, i loro significati.

In altri termini. Nel Profilo di Comunità il “dato” non è il punto di arrivo del processo di conoscenza.

Ne è solo il punto di partenza, un elemento essenziale che deve possedere qualità, accuratezza, attendibilità, specificità, ma che deve soprattutto generare “valore aggiunto” ai processi di conoscenza e alla lettura dei fenomeni.

2. E' necessario dunque individuare quali sono “gli obiettivi” del Profilo di Comunità, ovvero quali sono gli ambiti delle conoscenze che devono essere sviluppati, i contesti entro i quali assume significato produttivo la conoscenza stessa.

Non è questa una operazione semplice. È probabile che siano necessarie prove e sperimentazioni, che sia necessario verificare e valutare se e come la “conoscenza che desideriamo” è soddisfatta da ciò che i dati ci rappresentano.

È importante in ogni caso avviare questo processo. E cercare attraverso approssimazioni successive di definire sempre più e meglio la identità del Profilo di Comunità e la sua struttura.

Una prima griglia di riferimento, da cui partire, potrebbe essere sinteticamente riassunta nei termini seguenti. Il Profilo di Comunità:

- a) **dovrebbe far emergere gli elementi fondamentali che caratterizzano la comunità attraverso la rappresentazione mirata di indicatori significativi e delle maggiori linee di tendenza osservabili;**
- b) **dovrebbe coniugare i valori numerici con la percezione che i fenomeni inducono e con i significati diversi che i valori possono assumere in contesti diversi;**
- c) **dovrebbero spostare gradualmente una diffusa abitudine alla lettura dei fenomeni per target (popolazione, sesso, categorie, ecc.) ad una lettura per problemi, ove è**

l'unitarietà dei diritti e dei bisogni e non le specificità delle condizioni al centro delle politiche assistenziali;

- d) dovrebbe cominciare ad incrociare le aree storiche delle politiche assistenziali (sociale, socio-sanitaria e sanitaria), dei problemi, delle risorse formali ed informali con le altre aree di impatto con la salute ed il benessere attraverso i cosiddetti “determinanti di salute”.

3. Come arrivare a concretizzare tutto questo.

Anche qui abbiamo bisogno di percorsi e metodi, connessi alle nostre esperienze, praticabili e motivabili.

In linea generale possiamo affermare che il Profilo di Comunità:

- a) E' il prodotto di una nuova fase partecipativa in cui operatori e professionisti con base formativa diversa e che operano in settori o aree diverse provano insieme a mescolare i rispettivi approcci per favorire processi di conoscenza integrati;
- b) E' il prodotto della integrazione dei processi di conoscenza. Lo è perché l'integrazione, come altrove si dice, è la nuova chiave di lettura attraverso cui si vuole misurare la costruzione del welfare. Lo è perché i processi separati di lettura costituiscono, oltre che spreco di risorse, anche letture spesso improduttive, incomplete e inefficaci.
- c) È la nuova prospettiva partecipata entro cui la Comunità e gli Enti locali che ne hanno la rappresentatività, possono unitariamente riflettere e confrontarsi per dare configurazione trasparente ai bisogni, alle priorità, all'uso delle risorse. Da questo punto di vista il Profilo può diventare la base informativa condivisa che svolge ruolo di riferimento non solo per la programmazione sociale, socio-sanitaria e sanitaria ma anche per le altre politiche che impattano sulla salute e sul benessere;
- d) Deve essere “costruito” non con la caratterizzazione di un documento storicamente “unico”, rigido, una sorta di “una tantum” sulla struttura delle comunità e dei servizi disponibili e necessari.

“Il Profilo di Comunità” a cui si tende è al contrario solo immagine di una situazione in movimento. Deve perciò avere la possibilità di essere sistematicamente aggiornato, reso sempre più speculare non alla struttura dei servizi ma alla struttura dei bisogni. Attento alla utilizzazione di nuovi dati che le fonti di riferimento producono. Promotore di nuovi strumenti di conoscenza quando tali fonti risultano insufficienti.

CAP. 4 IL PAL 2009-2011

4.1 L'ESPERIENZA DEL PAL 2005-2007

L'esperienza del PAL 2005-2007 ha significato per molti aspetti una profonda svolta nei processi di programmazione sanitaria e socio-sanitaria sul nostro territorio.

Per la prima volta in termini così complessivi e articolati, i temi della sanità pubblica e della sua organizzazione, dei diritti e dei livelli assistenziali, sono divenuti oggetto di progettazione condivisa con la esplicitazione di programmi, obiettivi ed interventi.

- Sul piano più squisitamente politico il PAL ha rappresentato un esame di maturità per tutti gli Enti Locali.

Attraverso la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, gli Enti Locali hanno riposizionato il proprio ruolo di guida nelle scelte che attengono la salute dei cittadini e dunque di orientamento per il sistema chiamato a produrre, alimentare e sostenere i servizi.

- Sul piano tecnico l'esperienza ha disegnato i riferimenti metodologici di un corretto processo di programmazione e di questo processo ne ha evidenziato la praticabilità.

Costruito e discusso con la partecipazione attiva e propositiva di oltre cento professionisti (in gran parte gli stessi che rispondono delle prestazioni), implementato con rigore dalle Aziende Sanitarie, analizzato e restituito in termini di risultati conseguiti, il PAL è anche stato un percorso tecnico di riferimento: accessibile e fruibile dagli stessi professionisti con ricadute significative in termini formativi ed organizzativi.

- Sul piano della partecipazione e della comunicazione il PAL 2005-2007 ha rispettato gli obiettivi minimi che si era posto.

Le consultazioni degli Enti Locali anche attraverso i Comitati di Distretto, dei Sindacati, dei Comitati Consultivi Misti, hanno prodotto risultati che sono divenuti parte integrante del documento programmatico.

La divulgazione del PAL attraverso la diffusione dei testi, la illustrazione dei risultati, i convegni, i seminari, gli incontri con diverse realtà sociali, hanno raggiunto altri significativi soggetti di riferimento nella nostra comunità.

Riscontri importanti dunque, sia pure a fronte di una novità assoluta in termini partecipativi e comunicativi e su materie non sempre facilmente traducibili fuori dalle competenze degli "addetti ai lavori".

- Sul piano del monitoraggio e della valutazione dei risultati, al di là degli esiti, il PAL ha registrato un'altra esperienza del tutto positiva.

La programmazione pubblica spesso ignora la rilevanza di questi aspetti tecnici e spesso si limita alla sola cosiddetta "valutazione politica".

L'aver invece, nel PAL 2005-2007, attivato un originale e condiviso sistema di monitoraggio dei programmi, degli obiettivi e degli interventi ha significato per tutti, dentro e fuori il sistema sanitario, la possibilità per dare trasparenza ai processi, gratificazione alla produzione dei risultati, giustificazione all'impiego delle risorse.

Per quanto attiene gli esiti della fase del monitoraggio e valutazione dei risultati già si è detto in altre sedi.

Basti solo ricordare, in estrema sintesi gli obiettivi trasferiti nel Piano delle Azioni delle Aziende 2005-2007 e sottoposti a monitoraggio, nelle tre aree di riferimento: A (area Territoriale), B (area Ospedaliera), C (area dell'Integrazione socio-sanitaria):

⇒ 102 obiettivi complessivi, di cui:

- ♦ 26 di Area Territoriale (13 dell'Ausl e 13 comuni tra Ausl e AOU);
- ♦ 42 di Area Ospedaliera (3 dell'Ausl, 24 dell'AOU e 15 comuni);
- ♦ 34 di Area "Integrazione socio sanitaria" (23 dell'Ausl, 1 dell'AOU e 10 comuni).

4.2 BISOGNI, CRITICITÀ E LINEE STRATEGICHE 2009-2011

Pensare che il PAL 2009-2011 sia solo la riproposizione o la continuazione della precedente esperienza programmatica, che pure è da considerare di alto profilo, costituisce un punto di partenza riduttivo.

L'obiettivo della manutenzione del sistema, ovvero della alimentazione continua dei risultati raggiunti, pur rilevante e necessaria, entra ora dopo il PAL 2005-2007 nei livelli assistenziali che le Aziende sono tenute a garantire e dunque nella pratica dei processi gestionali ordinari.

Occorre ora certo ripartire dalla esperienza programmatica conclusa, vederne e valutarne, come l'analisi organizzativa insegna "i punti di forza e di debolezza", ma è anche necessario rileggere i contesti, interpretare le tendenze e i cambiamenti, governare i processi, presidiare gli obiettivi strategici dei livelli di salute e benessere della nostra comunità.

4.2.1. LE FONTI

Tre sono le fonti di riferimento che, sotto diversi aspetti, devono contribuire alla costruzione del nuovo PAL: il Piano Sociale e Sanitario della Regione, il Profilo di Comunità, il PAL 2005-2007.

Il Piano Sociale e Sanitario della Regione

Per quanto attiene i contenuti, il PSSR costituisce per le profonde innovazioni e scelte che introduce nella costruzione del nuovo welfare, una fonte di riferimento fondamentale anche per il nostro PAL.

Gli elementi più significativi del PSSR sono:

- a) la costruzione di un nuovo welfare di comunità, radicato sul territorio, equo ed universalistico, capace di sviluppare una società solidale centrata sulla persona nella sua globalità;
- b) lo sviluppo dell'integrazione a tutti i livelli: tra servizi e professionisti, nell'organizzazione, nella programmazione e nella valutazione;
- c) la centralità dei processi di innovazione tecnologica e biomedica, professionali, nelle Aziende, sul territorio, con l'Università. Ma anche innovazioni organizzative, come la istituzione delle ASP ed il consolidamento del Fondo Sociale per la Non Autosufficienza;
- d) il potenziamento a livello territoriale del ruolo del Distretto e a livello ospedaliero del modello Hub & Spoke;
- e) l'introduzione del Piano di Zona per la salute ed il benessere come strumento unico di programmazione sociale a livello territoriale.

L'obiettivo è dunque di collegare questi contenuti del PSSR ai contenuti dei programmi del PAL per:

- ♦ contribuire, come comunità locale, alla crescita del welfare regionale;
- ♦ sperimentare sul campo la modalità di traduzione di quei contenuti in programmi operativi.

Il Profilo di Comunità

Nella individuazione dei bisogni e delle priorità, il Profilo di Comunità è fonte principale di riferimento.

Gli elementi più significativi del Profilo sono:

- a) la ricostruzione di una mappa territoriale in grado di evidenziare, attraverso indicatori, lo scenario a cui fare riferimento e attraverso la partecipazione, il significato delle condizioni e delle tendenze in atto;
- b) il tentativo di una lettura “integrata” degli elementi specifici che afferiscono all’area sociale, socio-sanitaria e sanitaria e degli elementi più generali che impattano sulla salute e sul benessere: gli aspetti demografici, ambientali, della sicurezza, degli stili di vita, socio-economici, educativi, abitativi, ecc.;
- c) il tentativo di produrre uno strumento di conoscenza della realtà ove i riferimenti quantitativi, esprimibili soprattutto attraverso significatività misurabili, si combinano con riferimenti qualitativi, esprimibili soprattutto attraverso significatività prodotte dalla percezione, dai giudizi di valore, dalle interpretazioni;
- d) il tentativo di innestare sempre più processi di programmazione sulla conoscenza della realtà effettiva che vive la comunità, dal punto di vista dei bisogni e delle domande che esprime, dei servizi e delle risorse che sono disponibili.

Il PAL 2005-2007.

Per le continuità, soprattutto metodologiche, il PAL 2005-2007 è un riferimento fondamentale.

Come si è detto in precedenza, le esperienze compiute nei processi di costruzione, condivisione, implementazione, monitoraggio, sono state rilevanti e dunque vanno riprese apportando, dove possibile, miglioramenti sul piano tecnico, delle connessioni fra le fasi, di lettura dell’efficacia degli interventi.

Ovviamente il PAL 2005-2007 costituisce anche fonte di riferimento per tutti quei programmi, pochi per la verità, che contengono obiettivi e/o interventi che necessitano reiterazione, non completamente realizzati o che hanno solo parzialmente soddisfatto la attese.

4.2.2. LA PARTECIPAZIONE

Anche per la funzione “produttiva” che la partecipazione significa (come ha in passato significato) per la lettura dei bisogni e delle criticità, in questa sede si intende soprattutto riproporre la necessità di allargare ulteriormente i “confini” di questo essenziale livello di “accompagnamento” del PAL.

L’ipotesi attorno a cui lavorare è quella di delineare sempre più la partecipazione in termini processuali facendone una modalità continua in tutte le fasi della programmazione secondo le diverse tipologie della partecipazione stessa: politica (Enti Locali, Comitati di Distretto), tecnica

(professionisti sanitari e degli Enti Locali, Collegi di direzione delle Aziende), sociali (Sindacati, Comitati Consultivi Misti, Associazionismo, Terzo settore, volontariato, ecc.).

4.2.3 LE PRIORITÀ STRATEGICHE

- Le scelte fondamentali nella individuazione delle priorità strategiche si consolidano attorno a due direttrici di fondo: **i bisogni di salute e le criticità del sistema.**

I bisogni di salute, nel nostro caso, rappresentano la rilettura sistematica ed aggiornata, documentata, percepita e condivisa, dei problemi individuali e collettivi della comunità.

Per definizione tali bisogni non sono dati una volta per tutte. Sono al contrario storicamente determinati, mutano, assumono generalità o specificità, rientrano nell'emergenza o nella criticità.

La rappresentazione dei bisogni di salute è dunque operazione complessa. Tanto più quando, come nel caso di una programmazione triennale, occorre, fra i bisogni di salute che emergono, scegliere delle priorità e su di esse investire.

La criticità del sistema, ovvero le difficoltà del sistema a rispondere sempre in termini di efficienza ed efficacia, ai bisogni di salute è l'interfaccia di riferimento.

Anche qui, per definizione, il sistema è ritenuto tendenzialmente rigido. Reagisce con lentezza ai cambiamenti, deve fare i conti con condizionamenti e limiti interni ed esterni.

In altri termini la criticità del sistema è un dato strutturale che occorre governare, su cui è necessario agire. Tanto più, come in sede programmazione, quando non si è di fronte ad una domanda consolidata ma ad una configurazione di bisogni difficilmente standardizzabili.

- In questa particolare situazione, ferma restando la possibilità dei diversi soggetti che contribuiscono alla definizione del PAL, attraverso la partecipazione di produrre integrazioni, si ritiene che la futura programmazione debba fondarsi su due scelte strategiche: ***l'equità e la qualità.***
- ***L'equità*** rappresenta, in questa particolare fase di sviluppo del welfare, un contenuto ad altissima priorità, poiché rappresenta il consolidamento di un diritto al quale la nostra comunità non può rinunciare, vale a dire l'equa ripartizione delle opportunità di cura disponibili.

Da questo punto di vista almeno due sono gli ambiti entro i quali l'equità deve essere garantita: l'accessibilità e la continuità assistenziale.

L'accessibilità ai servizi (di prevenzione, di diagnosi, di cura, di riabilitazione, territoriali ed ospedalieri) deve rappresentare un impegno trasversale e comune a tutto il sistema sanitario e socio-sanitario provinciale.

Deve cioè diventare un vero e proprio programma speciale ad altissima contaminazione territoriale.

La continuità assistenziale (ospedale-territorio e viceversa) è l'altro impegno sul quale occorre investire in profondità.

La continuità non afferisce ad una parte o all'altra dell'organizzazione sanitaria. È trasversale. È di tutto il sistema sociale, socio-sanitario e sanitario provinciale. Coinvolge una pluralità di operatori e necessità di un programma speciale, articolato, partecipato e condiviso.

- ***La qualità delle cure***, come si diceva, è l'altra scelta strategica, poiché consente alla nostra comunità di trovare sul territorio livelli di intervento non solo adeguati, ma al passo con le eccellenze oggi disponibili in area sanitaria, socio-sanitaria, sociale.

Anche qui due sono gli ambiti entro i quali la qualità deve trovare riscontro: lo sviluppo e la valorizzazione del capitale intellettuale, la disponibilità di strutture tecnologiche di avanguardia in un rinnovato contesto di ricerca ed innovazione.

Lo sviluppo e la valorizzazione del capitale intellettuale implica uno sforzo nuovo e profondo di rivisitazione dei diversi ruoli nella organizzazione sanitaria, di formazione continua e di aggiornamento, di rapporti più integrati con l'Università, di ricerca di professionisti ad elevato curriculum tecnico-professionale.

Anche questo è un programma speciale, che va costruito con una pluralità di soggetti e che deve coprire tutta l'area del nostro sistema sanitario e socio-sanitario.

La disponibilità di strutture tecnologiche di avanguardia in un rinnovato contesto di ricerca e innovazione sia nell'ambito tecnologico che nei percorsi assistenziali è l'altro punto di riferimento per lo sviluppo della qualità, in ambito territoriale ed ospedaliero.

Sappiamo che le Aziende hanno già programmato rilevanti investimenti per lo sviluppo tecnologico. Ma in questa sede si chiede qualcosa in più.

In particolare si chiede, pur conoscendo i problemi di obsolescenza delle tecnologie, una rilettura profonda del patrimonio tecnologico, una analisi delle criticità presenti, la predisposizione a tutto campo delle opportunità innovative più consolidate, le necessità formative connesse allo sviluppo tecnologico. Si chiede un progetto complessivo per il futuro che non sia la rincorsa spesso frettolosa e a cadenza periodica all'adeguamento tecnologico. Ma ove la tecnologia assume valore sistematico in quanto risorsa strutturale dei livelli di assistenza da garantire alla comunità.

Anche questo è un programma speciale che richiede il contributo di una pluralità di soggetti, che va partecipato e condiviso, a partire dalla comunità scientifica.

4.2.4 I PROGRAMMI

Si delineano a questo punto le diverse tipologie di programmi che potrebbero costituire lo schema di riferimento per la costruzione del nuovo PAL 2009-2011.

a) Programmi di completamento ed innovativi.

Sono programmi da attivare sulla base dei risultati del monitoraggio PAL 2005-2007 e in particolare riguardano quei programmi attivati, che a seguito del mutamento del contesto di

riferimento richiedono riprogettazione oppure quei programmi che scaturiranno dalla partecipazione, dalle proposte aziendali, dal Piano sociale e sanitario, dal Profilo di Comunità.

In prima istanza vengono segnalati i seguenti programmi :

- 1. sviluppo, consolidamento e strutturazione delle reti cliniche territoriali all'interno delle Cure primarie;**
- 2. sviluppo della presa in carico delle patologie croniche sul territorio (cronic-care-mode);**
- 3. governo tempi di attesa della Specialistica ambulatoriale;**
- 4. favorire uniformità e completezza della presa in carico del bisogno di salute nell'area della Salute mentale e delle Dipendenze;**
- 5. sviluppo programmi multidisciplinari per situazioni di fragilità specifica: disagio adolescenziale, nuove dipendenze, disturbi del comportamento alimentare, ecc.;**
- 6. diagnosi precoce delle malattie tumorali;**
- 7. presa in carico del paziente oncologico;**
- 8. sviluppo dei programmi di Sicurezza sul lavoro, Sicurezza stradale e Sicurezza alimentare;**
- 9. miglioramento della qualità dei percorsi organizzativi delle reti cliniche ospedaliere e dell'Ospedale-territorio;**
- 10. Programma sangue;**
- 11. Programma riabilitazione e Lungodegenze;**
- 12. Percorso nascita;**
- 13. rete integrata provinciale per le esigenze di Emergenza Urgenza;**
- 14. presa in carico di pazienti cronici e/o ad elevata necessità assistenziale.**

b) Programmi speciali.

Sono quelli già precedentemente definiti in sede di priorità strategiche:

- 15. l'accessibilità ai servizi,**
- 16. la continuità assistenziale,**
- 17. lo sviluppo e valorizzazione del capitale intellettuale,**
- 18. lo sviluppo tecnologico**

4.3 RIFERIMENTI METODOLOGICI ED ORGANIZZATIVI

Il PAL 2005-2007 ha significato anche la sperimentazione di un modello di programmazione. Un modello di tipo processuale articolato in fasi logiche e cronologiche, capace di restituire risultati alla comunità, al sistema sanitario e alla riprogettazione futura.

Sul piano metodologico si può parlare di una sperimentazione riuscita. Di una scelta positiva e produttiva che ha dato visibilità e trasparenza a fenomeni, come sono quelli sanitari e socio-sanitari, particolarmente complessi.

Occorre dunque proseguire in questa strada, cercando di perfezionare il modello, di connetterlo sempre di più con le chiavi di lettura della nostra comunità, di renderlo ancor più strumento capace di evidenziare in qual misura i risultati che si ottengono, a fronte delle risorse impiegate, si avvicinano ai risultati attesi.

Seguendo dunque l'impostazione del modello, già descritto in sede di PAL 2005-2007, si avanzano alcune raccomandazioni che si pongono un duplice obiettivo:

- accrescere i livelli di intelligibilità, partecipazione e condivisione dell'intero processo;
- aumentare il livello di significatività dei risultati in termini di crescita dei livelli di salute e benessere della comunità.

Siamo consapevoli della difficoltà che si frappongono al raggiungimento di questi due ambiziosi obiettivi.

Ma sappiamo anche che possiamo contare, a tutti i livelli della organizzazione sociale, socio-sanitaria e sanitaria della nostra comunità, di professionisti preparati e motivati.

4.3.1 UNITARIETA' DEGLI STRUMENTI DI PROGRAMMAZIONE

Il nuovo Piano sociale e sanitario regionale disegna un nuovo welfare, fondato sui processi di integrazione. Abbiamo due strumenti di programmazione triennale a livello provinciale: il PAL ed il Piano di Zona.

È necessario collegare questi due strumenti anche sul piano metodologico, oltre che su quello più strumentale connesso all'analisi dei bisogni, su cui il Profilo di Comunità offre una importante occasione di riflessione.

4.3.2 PARTECIPAZIONE DEI PROFESSIONISTI

Si riconferma la validità dell'impostazione che vede, su ogni programma, la definizione di mandati elaborativi a gruppi di lavoro specifici.

Occorre comunque allargare la partecipazione dei professionisti alla costruzione del PAL coinvolgendo anche altri soggetti, ad esempio i medici di famiglia, le professioni sanitarie non mediche, i nuovi uffici di Piano dei Distretti.

Sarebbe inoltre opportuno coinvolgere i gruppi di lavoro anche nella fase del monitoraggio e dell'analisi dei risultati.

4.3.3 PARTECIPAZIONE DEGLI ENTI LOCALI

È necessario che gli Enti Locali siano messi in condizione, soprattutto nella struttura collegiale dei Comitati di Distretto, di seguire in tempo reale l'evoluzione dei processi attivati dalla programmazione triennale e dei Piani Attuativi annuali.

Sarebbe a tal fine importante che l'Ufficio di Supporto alla Conferenza, in collaborazione con gli Uffici di Piano dei Distretti, individuasse una metodologia agile e sistematica per raggiungere questo obiettivo, predisponendo tempi e modalità da inserire in termini sistematici nelle agende distrettuali.

4.3.4 PARTECIPAZIONE DELLE FORZE SOCIALI

L'impostazione generale del nuovo Piano sociale e sanitario, in gran parte ispiratrice degli strumenti di programmazione a livello territoriale, vede i processi sociali, socio-sanitari e sanitari strettamente connessi ed introduce la rilevanza dell'impatto di altre politiche (abitative, ambientali, socio-economiche, culturali, ecc.) sulla salute e sugli stati di benessere della comunità.

In questa luce è da sviluppare e migliorare la modalità di partecipazione delle forze sociali ai processi costruttivi ed attuativi degli strumenti della programmazione triennale ed annuale, individuando nuovi soggetti e nuove competenze in grado di arricchire i processi elaborativi.

4.3.5 LA COMUNICAZIONE AI CITTADINI

La comunicazione ai cittadini delle scelte strategiche che si intendono perseguire, delle priorità sociali e sanitarie che si pongono, dei programmi che si intendono attivare, dei risultati attesi e quelli ottenuti, deve costituire l'oggetto ordinario di una relazione da migliorare.

È un problema di tempi, di linguaggi, di strumenti adeguati. È un problema di debito informativo dovuto nei confronti di una comunità che si desidera soggetto e non oggetto dei processi che ricercano il miglioramento continuo dei livelli di salute e benessere.

L'Ufficio di Presidenza della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria si sente coinvolto a questo livello ed impegnato, assieme alle Aziende, ai Comuni e alle forze sociali, a ricercare soluzioni trasparenti, corrette e d'efficaci.

4.3.6 IMPLEMENTAZIONE, MONITORAGGIO, ANALISI DEI RISULTATI

Si riconferma la piena validità di tutte le modalità che hanno caratterizzato il PAL precedente in ordine alle fasi tecniche di implementazione, monitoraggio e analisi dei risultati.

Lo sforzo che si richiede è un ulteriore passo in avanti nel già collaudato processo di valutazione dei risultati.

Sarebbe cioè importante sperimentare anche una modalità tecnica che permetta di “valutare il cambiamento” che i risultati producono.

Ovvero come, quando, dove ed in che misura aumenta o non aumenta nella nostra comunità il tasso di salute e benessere anche per effetto degli interventi attivati.

Il gruppo tecnico di coordinamento del PAL (di cui in seguito), responsabile di questo processo, con la collaborazione degli Uffici di Piano dei Distretti, è chiamato a produrre il documento di base relativo a questa fase.

4.3.7 RUOLI DI COORDINAMENTO

Il coordinamento generale di tutti gli strumenti di programmazione ricompresi nell'Atto di Indirizzo (il PAL, il Piano di Zona, il Profilo di Comunità) è nell'Ufficio di Presidenza nella Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria.

L'Ufficio di Presidenza pertanto è il luogo di validazione di tutti i processi connessi alla costruzione, attivazione e valutazione degli strumenti di programmazione anche ai fini di garantire unitarietà metodologica e tecnica.

Il coordinamento tecnico di tutte le attività istruttorie connesse al ruolo della CTSS, pur nella necessità di utilizzare tutte le risorse disponibili, è dell'Ufficio di Supporto della Conferenza stessa, istituita il 27 maggio 2008.

Spetta dunque all'Ufficio di Supporto, su mandato del Presidente della CTSS, la individuazione dei tempi, delle modalità, delle risorse tecniche e professionali necessarie allo svolgimento delle suddette attività istruttorie.

Il coordinamento tecnico del PAL è costituito, come nella passata esperienza, dal gruppo composto dal Responsabile dell'Ufficio di Supporto (già Ufficio per la Programmazione), dal Direttore Sanitario dell'Azienda USL di Parma, dal Direttore Sanitario dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Parma.

Il gruppo tecnico di coordinamento, a seconda delle varie fasi di sviluppo del PAL si avvarrà inoltre, oltre che dei professionisti chiamati alla elaborazione dei programmi del Gruppo Interistituzionale per l'Integrazione, del Servizio Politiche Sociali della Provincia, dagli Uffici di Piano dei Distretti.

In sede di approvazione dell'Atto di Indirizzo la struttura del gruppo di coordinamento del PAL 2009-2011 è stata così definita:

GRUPPO DI COORDINAMENTO PAL 2009-2011

<i>ente</i>	<i>nome e cognome</i>
Ufficio di Supporto alla CTSS	Nicola Florindo; Gabriele Annoni
Direzioni Sanitarie Aziende	Massimo Fabi; Luca Sircana; Mirco Moroni
Facoltà di Medicina	Loris Borghi
Distretti AUSI	Rita Cavazzini
Ufficio di Piano distrettuali	Dario Parravicini; Graziana Rossi

INTEGRAZIONI

ALL'ATTO DI INDIRIZZO

DERIVANTI DAL PROCESSO DI PARTECIPAZIONE

Le proposte di integrazione di seguito riportate (pag. 35-46 e 59-63) costituiscono parte integrante dell'Atto di Indirizzo e coordinamento della CTSS.

Il documento complessivo pertanto rappresenta la fonte di riferimento per lo sviluppo, da parte dei gruppi di lavoro preposti al PAL e dei tavoli tematici preposti al Piano di Zona, della programmazione triennale 2009-2011.

Le integrazioni sono tratte dai documenti originali prodotti dai soggetti coinvolti nel processo di partecipazione. Riprodotte in alcuni casi in forma integrale ed in altri casi in forma sintetica sono costituite da contributi a diverso significato.

Vi sono contributi generali, validi cioè per tutte le elaborazioni dei piani triennali, ovvero per una pluralità di programmi; contributi specifici, che afferiscono ad uno specifico programma già proposto nell'Atto di Indirizzo; contributi aggiuntivi, che probabilmente richiedono l'attivazione di programmi specifici.

È compito dei gruppi tecnici di coordinamento del PAL e dei Piani di Zona quello di valorizzare tali integrazioni, inserendo in sede di mandati per lo sviluppo dei programmi, i contenuti dei contributi stessi.

Hanno preso parte al processo di partecipazione i seguenti soggetti :

Comitato di Distretto di Parma, Comitato di Distretto di Fidenza, Comitato di Distretto Sud Est, Comitato di Distretto Valli Taro e Ceno, Organizzazioni Sindacali CGIL, CISL e UIL, Università di Parma, Forum Terzo Settore di Parma, Comitati Consultivi Misti delle Aziende Sanitarie, Organizzazioni sanitarie non mediche, Ordine dei Medici

4.5 INTEGRAZIONI AL PAL

1) Personale di supporto alla domiciliarità.

Estendere in ambito provinciale sulla 12 ore diurne nei giorni feriali, festivi e prefestivi i servizi di supporto alla domiciliarità sanitaria e sociale.

Attenzione particolare ai casi più complessi ed azioni di prevenzione sulle fragilità.

- *Distretto di Parma*
- *Organizzazioni Sindacali CGIL, CISL e UIL*

2) Continuità assistenziale a soggetti con gravi disabilità.

Promuovere la continuità dell'assistenza alle persone con gravi disabilità anche sperimentando modalità organizzative ed innovative ed attraverso il coinvolgimento integrato delle competenze e delle risorse esistenti in ambito territoriale ed Ospedaliero.

- *Distretto di Parma*

3) Interventi per la disabilità post età evolutiva.

Nelle disabilità psichiche e fisiche dell'età evolutiva occorre presidiare con attenzione il passaggio all'età adulta. È necessario definire modalità e strumenti di presa in carico e strumenti di integrazione tra ambito sanitario, sociale ed educativo. Questa esigenza andrà presidiata attraverso apposito approfondimento tecnico da parte di un gruppo di lavoro integrato PAL – PdZ.

- *Distretto di Parma*

4) Criticità logistiche nel Polo di Vaio.

Nello sviluppo della rete ospedaliera provinciale, consolidato nel PAL 2005/07 occorre considerare l'opportunità di sviluppo del Polo di Vaio, anche alla luce dei dati prestazionali e del tasso di attrazione dimostrato, definendo in maniera esplicita il ruolo all'interno del modello Hub & Spoke, con particolare riguardo alla Pediatria.

Attenzione particolare va posta alla criticità logistica del pronto Soccorso (rispetto alle esigenze dell'Emergenza-Urgenza territoriale), oltre alla opportunità di integrare in area ospedaliera le attività del Dipartimento SM/DP, prima fra tutte quella residenziale (P.R.P.) a trattamento intensivo.

- *Distretto di Fidenza*

5) Sviluppo e consolidamento dell'Emergenza-Urgenza territoriale.

È da considerare programma ad alta priorità nell'area montana e pedemontana.

Deve ricomprendere l'accessibilità, la facilitazione del servizio, la continuità dei servizi di volontariato.

E deve ricomprendere il primo sviluppo dei progetti per la medicalizzazione 24ore del soccorso su tutto il territorio delle Valli Taro e Ceno.

- *Distretto Sud Est*
- *Distretto Valli Taro e Ceno*

6) Cure primarie e rapporto pubblico privato.

Sviluppare il sistema integrato della specialistica ambulatoriale, con particolare riguardo agli investimenti tecnologici di diagnostica strumentale, valorizzando l'ambito pubblico e armonizzandone le scelte strategiche con il privato accreditato.

- *Proposta pervenuta dal Distretto Sud Est*
- *Organizzazioni Sindacali CGIL, CISL e UIL*

7) Integrazione Ospedale – Territorio.

Supportare le famiglie in difficoltà con percorsi strutturati coinvolgendo i professionisti di ambito territoriale ed attraverso la presenza di medici ospedalieri nei poliambulatori del Distretto.

Va ricercata in ambito provinciale una sinergia fra i vari attori dell'assistenza e va ricercata una integrazione fra le due Aziende e fra Aziende e Ospedale, attraverso una puntuale comunicazione, informazione e formazione.

- *Distretto Sud Est e Distretto Valli Taro e Ceno*
- *Ordine dei Medici*

8) Fattoria di Vigheffio.

Completamento del progetto di sviluppo e riqualificazione dell'area di Vigheffio.

- *Distretto Sud Est*

9) Mobilità infradistrettuale.

- Supportare la fruibilità dei centri erogatori di servizi primari in zone disagiate e lontane, attraverso la riprogettazione della rete e dei mezzi di collegamento.
- Supportare la fruibilità dei centri erogatori di servizi sociali, socio-sanitarie e sanitari primari da parte di soggetti deboli o persone residenti in zone disagiate, attraverso la riprogettazione delle reti e dei mezzi di collegamento.

- *Distretto Sud Est e Distretto Valli Taro e Ceno*

10) Ospedale di Borgotaro e rete provinciale.

Definire formalmente all'interno della rete provinciale il ruolo dell'Ospedale di Borgotaro nell'ambito del sistema Hub & Spoke e della rete di emergenza-urgenza.

- *Distretto Valli Taro e Ceno*

11) Prevenzione sicurezza sul lavoro.

Definire a livello provincia il piano di sicurezza dei cantieri connessi al raddoppio della linea ferroviaria "Pontremolese" e all'ammodernamento dell'A15.

- *Distretto Valli Taro e Ceno*

12) Monitoraggio dei processi di integrazione socio-sanitarie

Definire un obiettivo trasversale ai programmi del PAL sul monitoraggio e sul miglioramento continuo dell'integrazione sociosanitaria da inserire all'interno del tavolo interistituzionale a supporto della CTSS e da sviluppare raccordando le esperienze ed omogeneizzando le buone prassi distrettuali.

- *Organizzazioni Sindacali CGIL, CISL, UIL*

13) Governo dei tempi di attesa e della specialistica ambulatoriale

Affrontare il tema dell'appropriatezza prescrittiva e quello relativo all'integrazione professionale per il governo dell'offerta e lo sviluppo dei percorsi

- *Università degli Studi di Parma*

14) Favorire uniformità e completezza della presa in carico del bisogno di salute nell'area della Salute mentale delle Dipendenze

Costruzione del Dipartimento Attività Integrate – SM/DP con dettagliato percorso tecnico di integrazione (per il quale si rimanda al documento integrale e alle intese in corso di perfezionamento).

- *Università degli Studi di Parma*

15) Presa in carico del paziente oncologico:

La presa in carico del paziente oncologico rappresenta un obiettivo da perseguire anche ai fini della formazione degli Studenti e degli Specializzandi. Esso prevede, infatti, un approccio clinico globale con il coinvolgimento di competenze multidisciplinari, la maggior parte delle quali sono presenti nella Facoltà di Medicina e Chirurgia e nelle Unità Operative Complesse a direzione universitaria. Esso coincide col concetto di "*simultaneous care*" del paziente oncologico che oggi si va affermando e

che deve portare a pianificare il percorso di cura prevedendo il coinvolgimento di varie tipologie di operatori sanitari in grado di prendersi cura di questi Pazienti

- *Università degli Studi di Parma*

16) Miglioramento della qualità dei percorsi organizzativi delle reti cliniche ospedaliere e dell'Ospedale-territorio:

“Nell’ambito dell’Ospedale esiste già una buona integrazione tra i diversi punti della rete ospedaliera: unità operative di medicina generale e specialistica, unità operative di chirurgia generale e specialistica e unità operative dei servizi.

Un processo di ulteriore miglioramento può essere messo in atto attraverso:

- a) un potenziamento qualitativo e quantitativo dei percorsi diagnostico-terapeutici per patologie acute;
- b) una maggiore comunicazione e collaborazione tra centri clinici e centri diagnostici volto anche ad un utilizzo più razionale delle risorse, degli esami di laboratorio e degli esami strumentali;
- c) una maggiore integrazione tra fase chirurgica e post-chirurgica con percorsi più organizzati e specifici soprattutto per pazienti anziani e polipatologici non dimissibili in tempi brevi (ad esempio pazienti ortopedici);
- d) un deciso potenziamento delle attività intraospedaliere di day-service e soprattutto di day-hospital per ridurre i ricoveri ordinari ed abbattere le giornate di ricovero non necessarie”

- *Università degli Studi di Parma*

17) Riabilitazione

Nella provincia di Parma molto è stato fatto nel settore della riabilitazione e della lungodegenza nell’ultimo decennio. Oggi questi due settori sono strategici, per qualità e quantità dei servizi erogati, sia per l’ospedale che per il territorio.

Nell’ambito della riabilitazione si propongono all’attenzione della programmazione triennale 2009-2011 i seguenti temi:

- a) un ulteriore potenziamento dei percorsi intraospedalieri per il recupero funzionale dei diversi pazienti candidati (ictus, grandi traumi, anziani con fratture, paralisi cerebrali infantili, cerebropatie neonatali, etc.);
- b) una maggiore integrazione tra strutture riabilitative ospedaliere ed extraospedaliere, pubbliche e private, soprattutto nell’ambito della riabilitazione cardiovascolare e neuro-motoria;
- c) l’organizzazione di centri valutativi diagnostici volti anche alla prevenzione della disabilità e delle connesse patologie sfruttando le consolidate competenze specifiche delle strutture ospedaliere ed extraospedaliere già operanti nel settore della riabilitazione;

- d) potenziamento della immediata presa in carico riabilitativo dei neonati con lesioni neurologiche stabili.

- *Università degli Studi di Parma*

18) Lungodegenza: verifica, rete, razionalizzazione, complessità assistenziale.

Per quanto riguarda le lungodegenze va fatta, in primo luogo, una verifica attenta sul numero di posti letto disponibili a livello provinciale nel rispetto dei parametri provinciali, tenendo presenti le reali necessità dei diversi distretti e la differenziazione sostanziale tra letti per riabilitazione estensiva e letti di lungodegenza post-acuzie.

Un altro tema rilevante è la reale messa in rete di tutte le strutture lungodegenziali, sia pubbliche che private accreditate, al fine di ottenere un ottimale ed appropriato utilizzo di tutte le potenzialità. A livello dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria si auspica la prosecuzione, già iniziata, di una concentrazione di tutti i letti di lungodegenza all'interno di un unico dipartimento (quello geriatrico-riabilitativo), tesa a realizzare una gestione clinica omogenea ed un coordinamento organizzativo più efficace e più efficiente a favore dei reparti per acuti. Questo processo di razionalizzazione potrebbe essere molto agevolato da un'aggregazione logistica di tutte le strutture geriatriche, lungodegenziali e riabilitative all'interno del padiglione Barbieri.

Infine, per quanto riguarda le lungodegenze, l'esperienza di questo primo decennio rende evidente la necessità di un cambio di mentalità e di cultura. Le lungodegenze ospedaliere sono reparti che accolgono pazienti molto compromessi, polipatologici, complessi, affetti da plurime complicanze ed insufficienze d'organo e che pertanto necessitano di un alto livello di assistenza medico, infermieristico e di *nursing* basale. Soprattutto nella realtà di una grande Azienda Ospedaliero-Universitaria polispécialistica come quella di Parma, questi reparti hanno assunto valenza strategica, sia clinica che organizzativa, in ambito internistico multi professionale; in questo contesto andrebbe pertanto modificata anche la loro denominazione, oggi solo descrittiva in senso temporale e priva di contenuto qualitativo/professionale.

Occorre in ogni caso porsi l'obiettivo fondamentale del superamento delle criticità nella rete della continuità assistenziale.

- *Università degli Studi di Parma*
- *Organizzazioni Sindacali CGIL, CISL e UIL*

19) Percorso nascita.

“Come da delibera 533 dell'Aprile 2008, la Regione ha istituito il programma " Percorso nascita" con l'intento di dare centralità all'evento nascita nel suo significato più olistico, valorizzando l'aspetto dell'umanizzazione del parto e del ruolo dell'ostetrica nell'assistenza alla gravidanza, al parto ed al puerperio.

Nel programma viene sottolineata l'importanza del lavoro dell'integrazione del percorso tra le strutture ospedaliere ed il territorio con l'intento di dare continuità di assistenza e di cura alle donne durante tutto il periodo perinatale.

Di particolare importanza è in questo ambito il potenziamento del percorso di “dimissione appropriata” al fine di garantire la continuità assistenziale e l'accesso ai servizi da parte di neonati con patologie croniche in rapporto anche all'aumento esponenziale di nascite di extracomunitari.”

- *Università degli Studi di Parma*

20) Presa in carico di pazienti cronici e/o ad elevata necessità assistenziale

E' questo un altro tema significativo che scaturisce dal contesto di comunità (invecchiamento della popolazione, incidenza dei grandi traumi cerebrali, aumentata prevalenza di nascite pre-termine con aumento delle disabilità croniche, indebolimento della famiglia, problemi economici, aspetti bio-etici) e dall'elevato livello dei moderni presidi di sopravvivenza anche in condizioni estreme di insufficienza d'organo. Anche questo è un tema che riguarda i livelli di integrazione tra ospedale e territorio, su cui va fatta chiarezza e vanno prospettate idonee risposte.

- *Università degli Studi di Parma*

21) L'accessibilità ai servizi:

Tale problema appare strettamente connesso, in forte misura, al governo dei tempi di attesa della specialistica ambulatoriale. Andrebbero individuate le aree di maggiore impatto a partenza dalla medicina di base, con le relative ricadute negative sugli accessi ai servizi, talora troppo dilazionati, altre volte invece contassegnate da finalità diagnostiche non ben definite o aspecifiche.

Necessita al riguardo una valutazione preliminare su: rilevanza numerica delle patologie cosiddette in “crisi”; il “peso” delle stesse; la loro complessità clinica; le richieste iterative o polidipartimentali.

Andrebbero poi concordati dei “protocolli base”, da condividere unitariamente, al fine di rendere a tutti gli effetti “specialistica” la prestazione richiesta.

- *Università degli Studi di Parma*

22) La continuità assistenziale: i malati oncologici e cronici.

Si realizza, con la pianificazione del percorso di cura, quella "continuità assistenziale", che è un altro dei punti qualificanti del Programma, e che necessita di applicazione non soltanto per i malati oncologici ma anche per quelli affetti da malattie croniche. Essa rappresenta una vera criticità nell'attuale panorama sanitario, perchè le problematiche non sono del tutto risolte, anche se gli sforzi diretti a farlo non mancano.

- *Università degli Studi di Parma*

23) Lo sviluppo e valorizzazione del capitale intellettuale:

“Il tema riguardante lo sviluppo e valorizzazione del capitale intellettuale assume un'importanza strategica per l'Università, in particolare sul versante della Formazione e della Continuing Education. E', infatti, compito istituzionale precipuo dell'Università la Formazione dei Laureati Medici e dei Laureati delle Professioni Sanitarie. Tale compito si realizza anche con il concorso del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale, in particolare con le Aziende Sanitarie in cui insistono sia il triennio clinico della Facoltà di Medicina e Chirurgia che i Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie.

Sono presenti a Parma: 5 Corsi di Laurea Specialistici; 10 Corsi di Laurea triennali delle Professioni Sanitarie; 39 Scuole di Specializzazione di Area Sanitaria Medico-Chirurgica; 5 Master Universitari di II livello; 4 Master Universitari di I livello.

Strumento indispensabile per una didattica e un'assistenza di qualità elevate è la ricerca biomedica.

Essa è un compito istituzionale dell'Università, coinvolge tutte le competenze della Facoltà di Medicina e Chirurgia, comprendendo unitariamente Docenti e Ricercatori sia del primo triennio che del triennio clinico del Corso di Laurea Specialistica. Si tratta di una ricerca in molti casi finalizzata allo sviluppo di nuovi approcci diagnostico-terapeutici, che trova supporto e sostegno su finanziamenti nazionali ministeriali, sempre più esigui, ma che si avvale, per un certo numero di progetti, di fondi di ricerca internazionali e del supporto dei fondi del Programma di Ricerca Regione-Università, ai quali si accede nell'ambito dei progetti dei Dipartimenti ad Attività Integrata.

Per assolvere adeguatamente ai compiti di didattica, ai fini di una adeguata preparazione pratica, è necessario che gli Enti interessati assicurino, nelle Aziende Sanitarie interessate, la presenza di risorse e di spazi assistenziali sufficienti per l'espletamento dei tirocinii professionalizzanti, al fine di non incorrere nella critica più volte espressa dagli Studenti, dagli Specializzandi, dagli Utenti e dagli Ordini dei Medici di una insufficiente capacità pratica, a fronte di una preparazione teorica buona.”

- *Università degli Studi di Parma*

24) Lo sviluppo tecnologico: un nuovo piano strategico.

Lo sviluppo tecnologico costituisce ormai un elemento fondamentale per garantire una assistenza di qualità in grado di produrre effetti positivi non solo sulla salute dei pazienti ma anche sul funzionamento dei sistemi sanitari.

Lo sviluppo riguarda principalmente le tecnologie diagnostiche e terapeutiche; la loro precoce individuazione determina un impatto di rilievo sul sistema sanitario; a questa si affianca favorevolmente la percezione degli orientamenti per l'adozione di tecnologie i quali maturano nei contesti aziendali.

Attraverso l'Osservatorio dell'Innovazione, e facendo riferimento anche alle proposte singole, sarà necessario valutare per le nuove tecnologie le implicazioni cliniche economiche ed organizzative parallelamente ad una adeguata stima del reale fabbisogno.

Lo sviluppo delle tecnologie non può prescindere da opportune collaborazioni con le realtà regionali, nazionali ed internazionali di eccellenza nell'ambito della ricerca e dalle agenzie ed istituzioni di valutazione tecnologica presenti sul territorio nazionale ed estero.

Di grande importanza è anche la definizione dei rapporti con l'Industria affinché, in un quadro di grande trasparenza, da un lato venga preservato il ruolo decisionale del committente nelle scelte da operare, dall'altro, venga valorizzato il contributo che l'industria del settore può offrire allo sviluppo tecnologico ed alla innovazione.

Inoltre, si ritiene che particolare attenzione debba essere riservata allo sviluppo delle tecnologie informatiche, potenziando gli strumenti, come ad esempio i registri clinici dedicati, utili per l'acquisizione di dati rilevanti sui processi assistenziali e sui loro esiti, come pure per la valutazione dell'impatto delle nuove tecnologie.

Infine, si concorda che si debba predisporre un progetto complessivo per lo sviluppo tecnologico e abbandonare gli interventi caratterizzati da scelte intempestive e/o frutto di condizionamenti inappropriati.

In conclusione l'Università degli Studi di Parma è pronta ad intraprendere, unitamente a tutti gli altri soggetti, la nuova sfida per garantire a tutti le medesime opportunità per mantenere o ripristinare lo stato di salute e di benessere.

- *Università degli Studi di Parma*

25) Rapporto con i cittadini: comunicare e partecipare le scelte

- Auspichiamo che sempre e comunque l'attenzione di tutti sia rivolta al bene delle persone viste nel loro aspetto privato e in quello comunitario, nel rispetto dell'ambiente e delle relazioni interpersonali.
- Le criticità e le potenzialità del territorio siano chiare e ben definite, al fine poi di farne partecipi i cittadini al momento delle scelte da operare affinché non ci sia una incomprensione reciproca che porta unicamente a un'autoferenzialità da parte degli operatori ed una senso di diffidenza da parte dei cittadini: se il cittadino sa perché si opera in un certo modo sarà capace di accogliere e collaborare.
- L'informazione resta un punto nodale sia per le scelte sanitarie che sociali, per un accesso ai servizi improntato a equità e qualità. Se il cittadino è informato e consapevole è sicuramente più disposto ad accettare le proposte, i cambiamenti, le difficoltà. Altrimenti si sentirà escluso e sarà solamente critico.

- *Comitati Consultivi Misti dell'Azienda Usl*

26) Nuovo Ospedale: investimenti qualificanti e facilitazione degli accessi.

Alcuni aspetti (da sviluppare in sede di PAL) connessi agli investimenti e all'accessibilità sono strategici per il futuro. Tra i primi:

- L'Ospedale dei Bambini
- La ristrutturazione del Padiglione Barbieri
- Il nuovo Pronto Soccorso
- Il Centro Poliambulatoriale con particolare riguardo alla gestione clinica e assistenziale dei pazienti oncologici
- Il Centro Senologico
- Il Polo dei Laboratori

Tra i secondi:

- Il garage multipiano per 1000 macchine
- I servizi di navetta interni provvisti di sollevatori per disabili
- La cartellonistica e le indicazioni per l'orientamento dell'utenza in Ospedale.

Un particolare obiettivo strategico è quello di individuare modalità di orientamento ed accesso per gli utenti deboli.

- *Comitati Consultivi Misti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria*
- *Organizzazioni Sindacali CGIL, CISL e UIL*

27) Equità e qualità nella programmazione.

Per i programmi, che saranno sviluppati nel PAL, sviluppare le tematiche indicate nei programmi speciali (equità e qualità) in ogni area tematica.

Ad esempio, "lo sviluppo e la valorizzazione del capitale intellettuale" sarà un obiettivo importante per tendere alla qualità e all'equità.

I dati relativi all'assistenza infermieristica domiciliare riportati sul documento "Profili di comunità", ne evidenziano infatti l'incremento in termini di congruenza alle politiche aziendali, di valorizzazione di tale professione.

- *Organizzazioni Sanitarie non mediche*

28) Integrazione tra i professionisti.

Sviluppare la integrazione tra i vari professionisti, in quanto lo riteniamo fondamentale al fine di pervenire non solo a risultati condivisi ma a momenti di crescita consolidati che costituiscano un patrimonio comune.

In tal senso si auspica con la formalizzazione di momenti strutturati di integrazione tra i professionisti delle due Aziende Sanitarie del territorio provinciale, incentivando l'aspetto formativo con lo scopo di mettere in luce le dissonanze che incidono sulla qualità degli interventi sanitari e che

favoriscono la continuità delle cure e l'accessibilità ai servizi, in particolare per le fasce di popolazione più fragile, quali gli immigrati, gli anziani, le persone affette da patologie psichiatriche, ecc.

Sviluppare le reti assistenziali ponendo particolare riguardo alla domanda di prestazioni ambulatoriali, con l'obiettivo primario di incidere efficacemente sulle liste di attesa e sfruttando le competenze del personale territoriale ed ospedaliero sia in regime ambulatoriale e sia con il ricorso al day-service.

- *Organizzazioni Sanitarie non mediche*
- *Ordine dei Medici*

29) Complementarietà assistenziale e rapporto medico-paziente.

Salvaguardare nel processo di cura, che si palesa attraverso fasi cliniche di diagnosi e terapia, il rapporto basilare fra medico e paziente tale rapporto non esclude, anzi integra, il sistema assistenziale integrato costituito dall'insieme della cosiddetta complementarietà assistenziale che si caratterizza con la sinergia degli interventi delle diverse figure sanitarie che sono dotate di indubbia e sperata professionalità.

Un'osservazione politico-sanitaria che si ritiene necessaria è che le Istituzioni preposte alla gestione della programmazione della salute debbano procedere sempre più in un cammino di collaborazione con le diverse figure che si avvicinano nell'universo sanitario considerando i ruoli istituzionali che esse, figure, ricoprono e la loro capacità propositiva in tema di organizzazione e gestione delle risorse.

Occorre migliorare l'efficacia e l'efficienza dei protocolli distrettuali, favorendo l'apporto dei Medici di Medicina Generale e supportando maggiormente le famiglie.

- *Ordine dei Medici*
- *Organizzazioni Sindacali CGIL, CISL e UIL*

30) Partecipazione dei professionisti

Occorre comunque allargare la partecipazione dei professionisti alla costruzione del PAL coinvolgendo anche altri soggetti, ad esempio i medici di famiglia attraverso i NCP e rappresentanze dei medici.

- *Ordine dei Medici*

31) La comunicazione ai cittadini.

Si ritiene che debba essere intrapresa un'adeguata educazione del cittadino a livello provinciale al fine di consentire il corretto utilizzo dei servizi sanitari messi a disposizione ed anche con l'obiettivo di

aiutare i professionisti a migliorare l'appropriatezza nella gestione delle risorse che si riverbererebbe conseguentemente con un abbattimento delle liste d'attesa.”

- *Ordine dei Medici*

32) Medicina di gruppo, specialistica ambulatoriale ed ospedaliera.

- a. Istituzione, laddove non attivate, e potenziamento della medicina di gruppo riguardo la medicina di famiglia.
 - b. Istituzione di una specialistica territoriale di I° e II° livello (con attività di primo livello di DH e Day Service).
 - c. Istituzione di una specialistica organizzata di II° e III° livello ospedaliero in rete.
 - d. Istituzione a livello di comuni della provincia di un piano per la creazione di medicine di gruppo da collegarsi ad altre attività socio-sanitarie (assistenti sociali, diagnostica di pap-test etc.) mettendo a disposizione spazi e strutture dedicate.
- Sviluppare forme innovative di medicina di gruppo con particolare riferimento alle forme disagiate.
- *Ordine dei Medici*
 - *Distretto Sud Est*
 - *Distretto Valli Taro e Ceno*

33) Evidenziare gli obiettivi del progetto “Sole”.

“In termini di cartella clinica elettronica e possibilità di accesso alle informazioni sia da parte dei MMG che dei cittadini, andrebbe ricordato quanto viene disposto a livello regionale con il progetto d'integrazione “SoLE”, che costituisce la messa in rete degli attori sanitari con conseguenti vantaggi per la popolazione”.

- *Ordine dei Medici*

34) Concretezza nel monitoraggio degli obiettivi PAL e PdZ.

Nell'evidenziare il rapporto bidirezionale Ospedale–territorio e la relativa integrazione socio-sanitaria nel nuovo PAL 2009-2011 ed il Piano di Zona 2009-11 si auspica una maggior concretezza nella verifica degli obiettivi prefissati nell'ambito del nuovo welfare universalistico equo e solidale (ad esempio nell'assistenza al malato oncologico terminale, nel contenimento dei tempi di attesa e della appropriatezza per la specialistica e la diagnostica nella rete integrata dell'emergenza territoriale, per le dimissioni difficili e protette, nella possibilità di accedere alla documentazione sanitaria attraverso canali internet-ospedale territorio).

- *Ordine dei Medici*

35) Programmi di Telemedicina.

La telemedicina è l'insieme di tecniche mediche e informatiche che permettono la cura di un paziente a distanza o, più in generale di fornire servizi sanitari a distanza.

E' possibile oggi, grazie all'innovazione tecnologica, avvicinare i servizi ai cittadini in un'ottica di miglioramento della qualità offerta e di soddisfazione del cliente.

I campi di applicazione della telemedicina sono numerosissimi e in continua evoluzione, dalla cardiologia (trasmissione di tracciati elettrocardiografici) alla radiologia (immagini radiografiche e computerizzate), e via dicendo; praticamente ogni branca della medicina può avvalersi di questo strumento per migliorare l'esercizio delle attività cliniche, assistenziali e didattiche.

Basta un cellulare per veicolare i dati da un elettrocardiografo portatile ad una centrale di ascolto e permettere una diagnosi a casa in tempo reale.

Applicare la telematica in ambito medico significa, infatti, rispondere con tempestività alle esigenze diagnostiche (telediagnosi) e terapeutiche (teleassistenza) di cittadini distanti dalle strutture sanitarie o comunque impossibilitati a muoversi da casa; fornire una risposta valida ed efficace in caso di malati cronici o anziani e un supporto indispensabile nelle urgenze (telesoccorso); favorire l'aggiornamento scientifico (teledidattica) e il collegamento interattivo tra medici (videoteleconsulto) con condivisione dinamica di informazioni, cartelle cliniche digitali, tracciati diagnostici, immagini biomediche, che si "muovono" in tempo reale e con la massima definizione.

Ne consegue una concreta interrelazione tra le strutture minori o più deboli e quelle maggiori o specialistiche.

Nel contesto provinciale, la telemedicina è un programma già attivo e in forte evoluzione, anche grazie all'impegno dell'Ausl e del contributo offerto della Provincia.

Si propone:

A. Estensione provinciale della TELECARDIOLOGIA.

La Telecardiologia viene applicata nella rete delle strutture per anziani, nell'hospice e nel contesto delle Cure Domiciliari.

L'esperienza, iniziata negli ambiti montani della provincia, in particolare nel Distretto Valli Taro e Ceno, è stata poi avviata nel Distretto Sud-Est e nel Distretto di Parma ed è ormai in una tale fase di consolidamento. Deve essere estesa a tutta la provincia.

B. Potenziamento della TELERADIOLOGIA.

Per quanto riguarda la Teleradiologia va potenziata l'esperienza iniziata mettendo in collegamento il servizio di radiologia dell'Ospedale di Borgo Val di Taro ed il servizio di radiologia dell'Ospedale di Fidenza, permettendo la refertazione o la consulenza a distanza.

- *Ufficio di Presidenza della CTSS*

Cap. 5 Il Piano di Zona 2009-2011

5.1 L'ESPERIENZA DEI PIANI DI ZONA

Il Piano di Zona rappresenta il documento programmatico con il quale i Comuni in forma associata, d'intesa con l'Azienda USL, definiscono politiche sociali e socio-sanitarie rivolte alla popolazione dell'ambito territoriale di competenza, coincidente con il distretto sanitario.

Rappresenta la definizione del sistema locale di zona, dei servizi sociali a rete, cioè connessi in modo da essere "percorribili" dagli utenti senza forti discontinuità o conflitti.

Il PdZ definisce le modalità con cui va organizzato l'accesso ai servizi, per garantire equità, in modo tale che si crei effettivamente una rete, che sia possibile per un utente, che ha bisogno di più servizi, o nel tempo deve usufruire di servizi diversi, "muoversi" agevolmente guidato dai nodi della rete (punti di accesso, responsabili della valutazione del caso, ecc.).

I Piani definiscono, inoltre, le modalità di coordinamento con le amministrazioni statali (la scuola, la giustizia, le carceri, ecc.).

Nel PdZ sono contenuti gli obiettivi e le priorità d'intervento specifici della zona sociale, anche in ambito sociosanitario, nel quadro di quelli definiti a livello regionale, nonché gli strumenti e le risorse per raggiungere tali obiettivi; i modi attraverso cui i cittadini partecipano al controllo di qualità dei servizi e, infine, la formazione di base e/o permanente necessaria agli operatori della zona.

Gli indirizzi generali per la costruzione e l'approvazione dei primi Piani sociali sperimentali di Zona sono stati definiti dalla delibera dell'Assemblea Legislativa n. 246/2001; per avviare a livello locale il processo di predisposizione dei PdZ sono stati attivati i seguenti passaggi:

- attivazione di organismi politici e tecnici a livello distrettuale per l'elaborazione e la gestione dei PdZ;
- individuazione e coinvolgimento dei soggetti che partecipano in forme diverse ai PdZ, sottolineando l'importanza del coinvolgimento dei soggetti del Terzo Settore fin dalle prime fasi;
- attivazione della rete dei soggetti chiamati alla gestione integrata degli interventi e dei servizi.

Nel territorio della regione Emilia-Romagna, con l'attuazione del programma annuale 2004, si è conclusa la fase sperimentale della programmazione dei Piani di Zona, successivamente si è avviata la prima programmazione a regime del triennio 2005-2007, dando piena attuazione alla L.R. 2/2003.

Nel suo complesso il processo di programmazione sperimentale attuato ha portato nei territori all'avvio:

- di un processo integrato, tra i vari livelli istituzionali e i diversi soggetti sociali, di valutazione dell'offerta e dei bisogni e della programmazione delle risposte;
- di un processo di integrazione con altre politiche settoriali, in primo luogo sanitarie, ma

anche della scuola, della formazione professionale e del lavoro, delle politiche abitative;

- di un confronto sulla validità e l'efficacia delle differenti forme di gestione dei servizi sociali sperimentate in Emilia-Romagna.

Il percorso metodologico realizzato nel territorio provinciale per l'elaborazione dei Piani di zona 2005-2007 parte dall'esperienza dei Piani di zona sperimentali del triennio precedente, con alcune novità:

- ♦ per la prima volta ognuna delle quattro zone sociali si è dotata di un Ufficio di Piano, anche se diversamente strutturato, e composto in ogni zona sociale dai rappresentanti dei Comuni e dell'Azienda Usl;
- ♦ sono stati attivati i tavoli tematici a sostegno degli UdP, quali organismi tecnici "partecipati", attivi già nella passata esperienza ma ora a pieno regime, suddivisi in tre macro-aree principali (Anziani, Adulti, Responsabilità familiari – infanzia – adolescenza), realizzando così, per la prima volta in modo organico ed omogeneo, un intenso e approfondito lavoro di analisi dei principali fenomeni/bisogni emergenti dal territorio.

Per gli interventi socio-sanitari e ad elevata integrazione socio-sanitaria ci deve essere coincidenza tra le indicazioni del PdZ e quelle del Programma delle Attività Territoriali del Distretto, e l'Accordo di Programma, che approva i Piani, deve essere sottoscritto anche dal Direttore Generale dell'Ausl o dal Direttore di Distretto. Inoltre i Piani hanno tenuto conto delle indicazioni e delle elaborazioni contenute nei Piani per la Salute, dei Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria (LEA) e delle risultanze dell'introduzione sperimentale del Fondo regionale per la non autosufficienza.

5.2 BISOGNI, CRITICITA' E LINEE STRATEGICHE 2009-2011

5.2.1 BISOGNI E ASPETTATIVE

Dall'analisi dei Piani di Zona e dal confronto con gli operatori del territorio è possibile evidenziare, secondo i diversi target di utenza, criticità e priorità.

Per l'area che fa riferimento a Famiglia, Infanzia, Adolescenza si rende necessario implementare e individuare nuove forme di sostegno alla genitorialità in un'ottica di prevenzione della crisi delle famiglie, favorendo anche i servizi di mediazione familiare. Si sottolinea il bisogno di sostenere i nuclei con figli nella prima infanzia garantendo la presenza sul territorio di asili nido, nonché di spazi di ascolto dei ragazzi e di nuove metodologie educative.

Rispetto all'utenza giovanile si evidenzia un marcato aumento dell'uso di superalcolici e di sostanze stupefacenti, carenza degli spazi aggregativi e un generalizzato aumento di situazioni di disagio.

Per ciò che concerne l'abuso di sostanze stupefacenti si rende necessario individuare progetti di prevenzione primaria e secondaria efficaci, in integrazione anche con le agenzie educative, comprendendo anche il problema del tabagismo. Si segnala la necessità di inserimento nel mondo del lavoro per i soggetti in trattamento o al termine del percorso terapeutico riabilitativo e di maggiori supporti economici, per favorire la realizzazione di percorsi di vita autonomi.

Auspicabile è, inoltre, una maggiore integrazione tra i servizi sociali e sanitari (es. CSM, SERT, NNP) ed il potenziamento/miglioramento dei servizi a bassa soglia (Drop-in).

Le politiche rivolte alle persone con disabilità evidenziano un bisogno di aumento delle opportunità lavorative, con un'attenzione particolare alle persone con disabilità gravi (necessità di promuovere la cooperazione sociale di tipo B) nonché la necessità di migliorare i trasporti per l'accesso a cure mediche e/o a servizi e per raggiungere i luoghi di lavoro e di socializzazione.

Si segnala la necessità di maggiore integrazione sociale (tempo libero qualificato in spazi aggregativi aperti a tutti) ed il bisogno di formazione integrata degli operatori, valorizzando sia gli aspetti assistenziali sia quelli educativi (interventi educativi in grado di sviluppare le autonomie personali, sociali e lavorative delle persone con disabilità psichiche).

L'area delle politiche rivolte ai cittadini immigrati segnala la necessità di individuare percorsi abitativi agevolati, di potenziamento degli interventi finalizzati a favorire l'accesso primario ai servizi e l'inserimento complessivo del cittadino straniero attraverso l'organizzazione di corsi di alfabetizzazione (con maggiore flessibilità e attenzione nella definizione organizzativa e logistica degli stessi al fine di favorire la partecipazione), di una maggiore informazione e orientamento all'utilizzo dei servizi, di assistenza e tutela legale, di formazione di facilitatori/mediatori linguistici e culturali. Si rende anche necessaria l'attivazione di interventi e luoghi finalizzati a valorizzare le tradizioni culturali e religiose d'origine, a favorire l'incontro e lo scambio tra soggetti di diversa provenienza, le opportunità di socializzazione ed integrazione nonché il potenziamento della promozione di percorsi partecipativi

Rispetto al tema più generale dell'esclusione sociale e delle nuove povertà i bisogni e le criticità rilevate sono molteplici:

- necessità di reperire risorse economiche per far fronte alle richieste di aiuto e per attivare percorsi personalizzati di supporto;
- necessità di attivare iniziative per la concessione di prestiti a persone senza garanzie;
- necessità di sostegni economici per fronteggiare situazioni di emergenza, spese straordinarie e assistenziali;
- necessità di garantire il supporto alle esigenze primarie attraverso sistemi di recupero dei beni alimentari delle aziende rimasti invenduti;
- necessità di costruire percorsi individualizzati attraverso la messa in rete delle diverse risorse e la collaborazione interistituzionale;
- necessità di sviluppare interventi di emergenza e di prima accoglienza;
- necessità di progetti integrati, in collaborazione con Ospedale ed Azienda Usl, per situazioni di criticità socio sanitaria;
- necessità di potenziare il servizio di trasporto a sostegno delle fasce più deboli e favorire gli spostamenti, in particolare delle donne, per recarsi sul luogo di lavoro;
- esigenza di una maggiore conoscenza del fenomeno e delle diverse forme di disagio al fine di acquisire nuovi e appropriati strumenti progettuali ed operativi.

Le politiche rivolte alle persone anziane rivelano, innanzitutto, un bisogno di mantenere, rinforzare e ricreare una rete di relazioni significative quale fondamentale intervento di “prevenzione”.

Si segnala l'urgente necessità di edilizia popolare destinata ad anziani e di alloggi con canoni di affitto sostenibili, del superamento delle barriere architettoniche nelle abitazioni, soprattutto nelle zone montane, della creazione di ambienti di vita sicura per le persone affette da deterioramento cognitivo e della creazione di alloggi serviti/appartamenti protetti, nonché del potenziamento dei sistemi di telesoccorso e telecontrollo; si richiede anche una maggiore uniformità ed equità sul territorio nelle condizioni di fruibilità ed accesso ai servizi.

Predominante, infine, il bisogno di integrazione e coordinamento tra i servizi sociali e sanitari nella realizzazione di progetti socio-sanitari di supporto e nella definizione di piani assistenziali individualizzati.

5.2.2 INDICAZIONI PER LA PROGRAMMAZIONE 2009-2011

Sinteticamente si segnalano, come prioritari:

- ⇒ Rispetto all'area delle Responsabilità familiari, gli **interventi di supporto all'interno della scuola**, al fine di contrastare il fenomeno dell'abbandono scolastico, e gli interventi finalizzati all'integrazione scolastica (specialmente per gli alunni stranieri e per gli alunni con disagio),

nonché l'implementazione di azioni di contrasto ai comportamenti devianti, attraverso l'incremento di spazi per favorire l'aggregazione e socializzazione dei ragazzi, quali centri di aggregazione e centri pomeridiani extrascolastici.

- ⇒ Altra priorità da segnalare per la prossima programmazione è l'implementazione di attività di **prevenzione del disagio** nella prima infanzia e dell'instaurarsi di crisi nella famiglia attraverso il coinvolgimento degli operatori che incontrano le famiglie in questo periodo della loro vita, ed il sostegno, attraverso progetti sperimentali, delle famiglie in difficoltà con figli collocati in affido o in strutture, al fine del recupero delle potenzialità genitoriali residue.
- ⇒ Prioritaria, per il **target giovanile**, è la creazione di spazi di aggregazione e l'individuazione di forme di sostegno per favorire l'autonomia dei giovani e la creazione di maggiori occasioni occupazionali.
- ⇒ Per l'**area delle dipendenze patologiche** si evidenzia, come prioritaria, l'attivazione di progetti rivolti ai più giovani, in relazione agli stili di vita e consumo, che consentano di acquisire la consapevolezza dei rischi e che sappiano coinvolgerli in relazione ai loro tempi e luoghi di aggregazione nonché di progetti di inserimento nel mondo del lavoro e autonomia di vita che, anche in considerazione delle attuali caratteristiche del mercato lavorativo, sappiano ad es. sviluppare e sostenere forme di autoimprenditoria, uscendo dalla logica dell'assistenzialismo o del lavoro come pura terapia riabilitativa.
- ⇒ Le **politiche per la disabilità** devono indirizzarsi verso un miglioramento dei trasporti per il raggiungimento dei luoghi di cura, di lavoro e del tempo libero, e verso un incremento delle opportunità di integrazione sociale e degli inserimenti lavorativi al fine dello sviluppo di una reale autonomia della persona.
- ⇒ Per i cittadini immigrati è auspicabile **strutturare interventi di accoglienza integrati** per rispondere alle emergenze così come ai flussi regolari della presenza migrante sul territorio; inoltre si deve favorire l'accesso ai servizi e percorsi di integrazione e di autonomia di vita attraverso progetti trasversali ad altre aree (famiglie e minori/povertà/dipendenze) inerenti in particolare il tema della prima accoglienza, della casa, del lavoro, infine è si rende necessario favorire opportunità di aggregazione e socializzazione.
- ⇒ Per la vasta area della **lotta all'esclusione sociale** prioritari sono gli interventi di potenziamento dell'accoglienza abitativa e di qualificazione dei percorsi di inserimento lavorativo e l'attivazione di servizi a bassa soglia per non frapporre eccessive rigidità dei progetti assistenziali ad un disagio che potrebbe "scegliere" di stare fuori dalla rete dei servizi
- ⇒ Per gli anziani è necessario **potenziare e qualificare la domiciliarità**, attraverso forme di intervento differenziato, contrastare la solitudine e l'isolamento sociale, garantendo servizi di socializzazione e spazi collettivi per gli anziani parzialmente autosufficienti, tutelare, attraverso

progettualità sperimentali, gli anziani fragili a rischio, con progetti come “Intervento di rete per la popolazione anziana e la coesione sociale” e “Gestione anticipata della fragilità” .

- ⇒ E' necessario garantire **la mobilità per le persone fragili** e non autosufficienti ed operare una mappatura dei servizi e dell'insieme di opportunità esistenti sul territorio (taxi sociale, ecc.).
- ⇒ Prioritario è **implementare l'innovazione** con maggiore estensione e flessibilità dei SAD e dei C.D., avviando, inoltre, un'ulteriore qualificazione dell'assistenza domiciliare, anche socio-sanitaria (ADI), definendo e sperimentando protocolli operativi con l'Azienda.
- ⇒ Centrale rimane il **sostegno alle famiglie** attraverso l'accoglienza temporanea, la qualificazione del lavoro di cura delle assistenti familiari ed il miglioramento del percorso delle dimissioni difficili.

5.3 RIFERIMENTI METODOLOGICI ED ORGANIZZATIVI

5.3.1 LA PARTECIPAZIONE

Il nuovo welfare regionale, fondato sulla presenza di una comunità forte e solidale, deve mirare al coinvolgimento, il più ampio possibile, di tutti gli attori sociali rispetto alle scelte che li riguardano: presupposto indispensabile per rafforzare la coesione sociale è, dunque, la promozione di processi partecipativi. La partecipazione attiva in tutte le forme in cui si estrinseca, dalla più organizzate e strutturate a quelle più informali, rappresenta, infatti, un indicatore rilevante di benessere e di tenuta del tessuto sociale.

La programmazione concertata e partecipata, quale metodo prescelto nell'ambito delle politiche sociali, è un concetto che si accompagna strettamente e imprescindibilmente a quello di integrazione, avendo l'obiettivo comune di costruire un sistema sociale locale basato sui principi della responsabilità condivisa e della valorizzazione delle risorse, a livello di ambiti territoriali adeguatamente dimensionati, per una programmazione efficace.

E' necessario, dunque, lo stimolo e la valorizzazione delle varie componenti per raggiungere la consapevolezza che la programmazione partecipata significa co-decisione e corresponsabilità non delega. Da anni le Province hanno il compito di promuovere la partecipazione del Terzo settore nel sistema dei servizi, (il Piano Sociale e Sanitario ribadisce questa funzione dell'Amministrazione provinciale assegnandole, tra le varie funzioni, “...*la promozione della partecipazione del Terzo settore e delle ASP al sistema dei servizi*”).

La Regione Emilia-Romagna ha scelto di valorizzare e riconoscere l'autonoma costituzione di Forum del Terzo Settore per ogni ambito provinciale¹: le Province hanno, dunque, il compito di promuovere e sostenere gli interventi orientati a riconoscere la costituzione e lo sviluppo dei Forum provinciali del Terzo Settore.

La partecipazione del Terzo Settore, secondo le linee regionali, deve essere concepita:

- dalla fase di programmazione a quella di progettazione, realizzazione, erogazione e valutazione,
- sui tre livelli del sistema: regionale, intermedio e distrettuale,
- definendo esplicitamente i momenti di confronto ed i documenti che devono essere sottoposti a parere.

Se, a livello regionale, l'organismo interlocutore è rappresentato dalla Conferenza Regionale del Terzo Settore e, a livello intermedio, la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria ha il compito di formalizzare un tavolo di confronto con il Terzo Settore relativamente all'adozione dell'Atto di Indirizzo e coordinamento triennale, è il Comitato di Distretto, a livello distrettuale, cui spetta la

definizione delle modalità e del percorso di concertazione con le rappresentanti locali del Terzo Settore rispetto alla predisposizione dei Piani distrettuali per la salute ed il benessere.

La Regione, inoltre, auspica che la presenza dei rappresentanti del Terzo Settore ai gruppi tecnici insediati per la elaborazione del Piano distrettuale del benessere e della salute debba essere agevolata il più possibile

A tale scopo la Provincia di Parma ha attivato un tavolo di confronto con le realtà dell'associazionismo e della cooperazione al fine di promuoverne e coordinare, in primo luogo, proprio la partecipazione ai tavoli tematici di programmazione dei Piani di Zona.

Rispetto alla promozione dell'associazionismo il Comitato Provinciale Paritetico del Volontariato² ha promosso - a seguito di un percorso metodologico proposto dalla Regione - un'indagine conoscitiva relativamente alla partecipazione e al ruolo svolto nei tavoli tecnici di programmazione: si è evidenziato come la partecipazione del volontariato ai tavoli del Piano di Zona necessiti non semplicemente della presenza di persone elette per andare ai tavoli ma di nuovi luoghi e processi di lavoro, che consentano al volontariato dei distretti di costruire una posizione comune sui temi che si affrontano ai tavoli e di farla considerare all'interno di quei tavoli.

Con questi nuovi luoghi e processi di lavoro distrettuali il volontariato potrà, nel tempo, attribuire un significato diverso al Piano di Zona e al ruolo che è chiamato a ricoprire in esso, nella direzione di un maggior collegamento ai processi di programmazione e gestione delle politiche socio-sanitarie che si realizzano nei distretti.

A questo scopo il Comitato, di intesa con Forum Centro Servizi per il Volontariato, ha proposto³ che il CSV si doti, presso le proprie sedi distrettuali, di operatori in grado di promuovere e sostenere coordinamenti distrettuali del volontariato, ovvero di figure che dovranno conoscere a fondo il funzionamento dei Piani di Zona in modo da supportare gli Uffici di Piano distrettuali nel coinvolgimento/coordinamento del volontariato nelle varie fasi della programmazione. Ad oggi è stata composta l'équipe degli operatori ed è stato avviato un percorso formativo per la definizione condivisa del ruolo e degli strumenti operativi, entro settembre gli operatori saranno a disposizione dei territori nelle varie sedi locali.

Il Comitato ha proposto, inoltre, di avviare un percorso per costruire, nei quattro distretti, luoghi di coordinamento tematici (minori, adulti e anziani) in cui le associazioni di volontariato locali si confrontino e lavorino assieme, con il sostegno degli operatori del Centro di Servizio e in raccordo con gli Uffici di Piano distrettuali e provinciale, in modo che la partecipazione del volontariato ai tavoli del Piano di Zona risulti proficua ed efficace. Ad oggi si sono svolti gruppi di lavoro tematici in due distretti; è previsto, entro settembre, la nomina di tutti i nuovi rappresentanti del volontariato nei tavoli tecnici.

2

3

Rispetto alla Cooperazione sociale è stato promosso, ad inizio anno, un confronto con i rappresentanti delle diverse realtà del territorio: si è deciso, in questa sede, di proporre a tutte le cooperative un percorso formativo per preparare la partecipazione delle stesse alla programmazione socio-sanitaria del triennio 2009-2011. Sono stati così organizzati dei momenti di approfondimento e confronto sulle tematiche più significative sviluppate dal Piano Sociale e Sanitario Regionale (Nuovi Uffici di Piano, ASP, accreditamento, ecc.). Le giornate formative si sono svolte nel mese di maggio; a settembre è prevista la nomina dei rappresentanti delle cooperative sociali che parteciperanno ai lavori tecnici di progettazione dei nuovi piani distrettuali per la salute ed il benessere.

Il Piano Sociale e Sanitario affronta il tema della partecipazione auspicando, inoltre, il superamento dell'incapacità di ascolto da parte delle istituzioni e degli operatori, attraverso la costruzione di una partnership tra servizi e cittadini, fondata sul confronto diretto ed il coinvolgimento delle comunità, condizione necessaria per ridurre le distanze e valorizzare tutte le risorse esistenti.

5.3.2 AVVIO DEL PROCESSO E COSTRUZIONE DELLA RETE LOCALE

Questa prima fase prevede l'attivazione delle procedure per l'individuazione e il coinvolgimento di tutti gli attori, per la definizione dei ruoli di ciascuno di questi e per l'avvio dei tavoli di coordinamento territoriali.

L'avvio del Piano a livello zonale, a norma della L.R. 2/03, art. 29, c. 3, è promosso su iniziativa del Sindaco del "Comune capofila", a ciò designato dai Comuni compresi nel territorio del distretto.

Il Comune capofila sulla base delle decisioni del Comitato di Distretto si occupa di:

- 1) Attivare a livello zonale il Comitato di Distretto e l'Ufficio di Piano;
- 2) Avviare formalmente il procedimento e coinvolgere i soggetti interessati a partecipare, in particolare attraverso la ricostruzione del quadro complessivo dei soggetti, pubblici e privati, che nell'ambito della zona esercitano attività di carattere sociale o socio-sanitario oppure svolgono un ruolo istituzionale in settori collegati; prevedere idonee procedure di coinvolgimento dei soggetti del Terzo Settore.

5.3.3 ANALISI DEI BISOGNI E DELL'OFFERTA

Si tratta di una fase essenziale per l'individuazione dei punti di forza e di debolezza del territorio, coordinata dagli Uffici di Piano distrettuali, si realizza nell'ambito dei tavoli tematici istituiti a livello distrettuale.

Si tratta, in particolare, di analizzare congruenze/incongruenze fra la domanda osservata e l'offerta di servizi, in modo da pervenire a proposte progettuali che mirino a colmare l'eventuale gap riscontrato.

In questa fase l'Ufficio di Piano potrà, inoltre, attivare gruppi di lavoro su specifiche tematiche trasversali alle aree di bisogno individuate.

5.3.4 LE SCELTE STRATEGICHE E DI PRIORITÀ

Si tratta della fase più importante della pianificazione triennale.

Come indicato nella deliberazione regionale (615/04) “Il Piano di Zona è l'occasione per effettuare scelte di cambiamento e sviluppo e, sulla base delle analisi dei bisogni dell'offerta e delle esigenze complessive del sistema formulare valutazioni, ipotesi di riorganizzazione miglioramento, sviluppo e, laddove l'emergere di nuovi bisogni lo richieda, anche sperimentazioni.” Sulla base delle analisi svolte a livello tecnico, il Comitato di Distretto, dopo la concertazione con i rappresentanti del Terzo settore e delle OOSS, è chiamato a definire le scelte prioritarie per il triennio. Gli obiettivi individuati, per non tradursi in semplici auspici, dovranno prevedere modalità di verifica del loro raggiungimento, devono essere misurabili e valutabili attraverso l'individuazione di specifici indici e indicatori; per tale ragione per ciascun obiettivo è bene che siano chiarite:

- responsabilità (chi ne risponde in termini primari, chi in termini di collaborazione, ecc.);
- quali risorse vengono messe a disposizione (risorse umane, economiche ed altro);
- quali risultati ci si attende nel breve e nel medio periodo e, di conseguenza, con quali modalità possano essere raggiunti;
- quando e chi avrà la responsabilità di monitorare e valutare il raggiungimento dell'obiettivo stesso.

5.3.5 DEFINIZIONE DEL PROGRAMMA ATTUATIVO ANNUALE

Tale programma determina le azioni concrete del piano per l'anno successivo e le relative attribuzioni di risorse. Come noto il programma attuativo necessita di un aggiornamento annuale a differenza delle “scelte di priorità” che hanno valenza triennale.

Le indicazioni regionali suggeriscono di suddividere il programma attuativo nei seguenti paragrafi che corrispondono ad altrettanti Programmi Finalizzati:

- Responsabilità familiari, infanzia, adolescenza
- Politiche a favore dei giovani e prevenzione e contrasto delle dipendenze e di altre forme di disagio sociale
- Immigrazione, asilo, lotta alla tratta
- Contrasto all'esclusione sociale
- Politiche a favore di anziani e disabili (finanziati dal Fondo Regionale Non Autosufficienza)

5.3.6 IMPLEMENTAZIONE, MONITORAGGIO, ANALISI DEI RISULTATI

Fermo restando sul Fondo Regionale per la Non Autosufficienza il monitoraggio semestrale, per conto della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, effettuato dall'Ufficio di Piano Provinciale, è fondamentale attivare specifici percorsi per quanto attiene al monitoraggio complessivo del Piano di Zona.

Per i prossimi Piani per la salute ed il benessere si ritiene necessario un monitoraggio a cadenza annuale da svolgersi nella fase autunnale, per dar modo alla CTSS di esprimere le proprie valutazioni ed ai Comitati di Distretto di apportare gli eventuali correttivi alle politiche, da inserire nell'Attuativo dell'anno successivo .

In particolare necessario che il monitoraggio e la valutazione:

- a) costituiscono non una fase separata, ma una linea connessa a tutto il percorso programmatico, da predisporre contestualmente alla costruzione del piano;
- b) che le metodologie e gli strumenti che saranno individuati abbiano, accanto ai necessari requisiti tecnici, un alto grado di partecipazione e condivisione;
- c) che vi sia comunque raccordo tra il processo di monitoraggio e valutazione del piano di zona ed il processo di monitoraggio e valutazione del PAL;
- d) che si individuino modalità, tempi e responsabilità all'interno del processo di monitoraggio e valutazione e si configuri la rappresentazione dei risultati attraverso specifici reports.

5.3.7 RUOLI DI COORDINAMENTO

- Fermo restando quanto già delineato in analogo paragrafo in sede di PAL 2009-2011, il Piano di Zona triennale, dopo la fase di validazione da parte dell'Ufficio di Presidenza della CTSS, è coordinato a livello territoriale dai rispettivi Comitati di Distretto.
- Il coordinamento tecnico dei Piani di Zona è affidato in prima istanza all'Ufficio di Piano distrettuale, d'intesa con il Direttore di Distretto.

Il coordinamento tecnico, a seconda delle varie fasi di sviluppo del Piano di Zona, può avvalersi dell'Ufficio di Supporto della CTSS, del Servizio Politiche Sociali della Provincia, del gruppo Interistituzionale per l'integrazione.

In sede di approvazione dell'Atto di Indirizzo la struttura del gruppo di coordinamento del Piano di Zona 2009-2011 è stata così definita:

GRUPPO DI COORDINAMENTO PIANO di ZONA 2009-2011

<i>ente</i>	<i>nome e cognome</i>
Ufficio di Supporto alla CTSS	Nicola Florindo; Gabriele Annoni
Uffici di Piano distrettuali	Graziana Rossi; Serena Rolandi; Maria Chiara Adorni, Dario Parravicini
Provincia	Debora Tanzi
Direzioni Sanitarie Aziende	Mirco Moroni, Maria Rosa Salati; Giovanna Campaniello

5.4 INTERGRAZIONI AL PIANO di ZONA

1) Sportelli sociali

“Lo strumento degli sportelli sociali, come previsto dal PSSR, può garantire un accesso integrato non solo alla rete dei servizi socio assistenziali e socio sanitari, ma anche al sistema sanitario, in maniera omogenea su tutto il territorio.

Per garantire continuità di sviluppo al progetto sono necessari interventi regionali di formazione del personale in modo integrato fra sociale e sanitario oltre ad un adeguato supporto tecnologico”.

- Distretto di Fidenza
- Distretto del Sud Est
- Distretto delle Valli Taro Ceno
- *Organizzazioni Sindacali CGIL, CISL e UIL*

2) ASP e Accreditamento

“Appare necessario definire il complesso ruolo delle Asp nell'intreccio tra la funzione di committenza degli Enti Locali e quella di produzione di servizi delle Asp stesse, considerando contestualmente il percorso in atto relativo all'accreditamento; il triennio di programmazione coincide, infatti, con il periodo di messa a regime del nuovo strumento, la cui introduzione, tra l'altro, esige fin da ora interventi di formazione specifica coinvolgenti tutti i diversi protagonisti”

- Distretto di Fidenza
- Distretto del Sud Est
- Distretto delle Valli Taro Ceno

3) Giovani

“Rispetto alle politiche per le nuove generazioni, si ritiene utile, nell'avviare il nuovo percorso definito dalla L.r. 14 per la prevenzione e del disagio giovanile e la promozione dell'agio e del benessere, dare priorità agli interventi di integrazione tra i servizi sociali, i servizi sanitari di riferimento, la scuola e il mondo del lavoro.

In questo ambito dovrà ritrovare vigore la funzione delle figure di sistema (e delle équipes) per l'azione di sistema in tutti i Distretti, quale organismo in grado di qualificare indirizzi tecnici e orientamenti programmatico attuativi”

- Distretto di Parma
- Distretto di Fidenza
- Distretto del Sud Est
- Distretto delle Valli Taro Ceno

- *Organizzazioni Sindacali CGIL, CISL e UIL*
- Forum terzo settore
- Comitati consultivi misti

4) FRNA, assistenza domiciliare, fragilità

“Le positive novità introdotte con la piena applicazione del FRNA hanno consentito di attivare misure di innovazione significative e di ampliare la rete dei servizi, sostenendo in particolare la domiciliarità (sulla quale è in atto un approfondito lavoro di livello provinciale); il modello relativo alla “gestione anticipata della fragilità”, superata la fase sperimentale, deve diventare strumento operativo a regime (nel Distretto Sud Est) ed essere esteso in primo luogo al Distretto Valli Taro Ceno e in seguito al resto del territorio, così come gli interventi di teleassistenza e domotica.

Il lavoro svolto dalla CTSS nella fase di riparto delle risorse, con gli interventi di riequilibrio territoriale, richiede però un costante aggiornamento rispetto a indici e parametri, per garantire efficacia nel tempo dell'intervento.

- Distretto del Sud Est
- Distretto delle Valli Taro Ceno
- *Organizzazioni Sindacali CGIL, CISL e UIL*

5) Lo strumento dell'ufficio di piano

Il significativo ampliamento di ruolo e funzione dei nuovi Uffici di Piano, che è in atto, esige che gli stessi vengano sostenuti da una lato dagli Enti Locali con i necessari rafforzamenti della struttura, dall'altro la Provincia può ulteriormente sviluppare gli interventi di supporto e formazione, per una crescita omogenea degli stessi.

In tal modo i Comitati di Distretto potranno sempre più giovare della funzione di coordinamento degli Uffici di Piano quale struttura distrettuale dei Comuni e dell'Ausl, anche con un maggior coinvolgimento dei dirigenti dei servizi sanitari”

- Distretto di Parma
- Distretto del Sud Est
- Distretto delle Valli Taro Ceno
- *Organizzazioni Sindacali CGIL, CISL e UIL*

6) Povertà – disagio adulti

“La lettura del fenomeno povertà mostra un quadro in cui ai poveri cosiddetti "storici", portatori di bisogni già espressi e ormai noti, si aggiungono e crescono in maniera rilevante i "nuovi poveri" che si distinguono proprio perché caratterizzati non da situazioni conclamate ma da instabilità e disagio anche lieve che può, nel corso del tempo, se non rilevata e affrontata, aggravarsi.

In particolare, il tema del reperimento e mantenimento di una casa, unitamente a quello del lavoro, costituisce condizione fondamentale per prevenire situazioni di precarietà e disagio. I costi eccessivi di affitti e abitazioni rendono sempre più prioritarie politiche abitative che possano incentivare l'edilizia residenziale pubblica e potenziare strumenti di sostegno al singolo e alla famiglia nell'accesso al mercato privato.

Attenzione va altresì posta alle problematiche sanitarie spesso correlate a situazioni difficili di precarietà e disagio sociale attraverso la programmazione di interventi a forte integrazione socio-sanitaria: l'area del disagio adulti e delle persone senza fissa dimora ne risulta fortemente coinvolta, anche per le crescenti problematiche.”

- Distretto di Parma
- Distretto del Sud Est
- *Organizzazioni Sindacali CGIL, CISL e UIL*
- Forum terzo settore

7) Politiche tariffarie

“Si segnala l'esigenza di un'applicazione omogenea dell'ISEE almeno a livello distrettuale, utilizzando il modello lineare”, anche in coerenza con le indicazioni regionali in materia di applicazione del FRNA ed in sostegno alle politiche familiari.

- Distretto di Parma
- Distretto del Sud Est
- *Organizzazioni Sindacali CGIL, CISL e UIL*

8) Mobilità

“Una mobilità difficoltosa costituisce una limitazione all'accesso ai servizi per alcune aree della fascia appenninica: occorre mettere in atto un mix di soluzioni che siano maggiormente flessibili del tradizionale servizio pubblico di linea e che spesso sono già attive (servizi a chiamata, pronto bus, taxi sociale) con modalità non ancora coordinate.”

- Distretto del Sud Est
- Distretto delle Valli Taro Ceno

9) Famiglia

“La tematica delle crescenti difficoltà, non solo economiche che il tessuto sociale delle famiglie si trova ad affrontare, richiede politiche di sostegno organiche, con sistematizzazione delle misure già esistenti e nuovi interventi specifici. Occorre definire una strategia condivisa che riconosca la necessità di una più ampia qualificazione degli interventi, con un intervento organizzativo più strutturato e con una forte azione di coordinamento”

- Distretto Parma
- Distretto delle Valli Taro Ceno

10) Immigrazione

“Rafforzare le politiche di integrazione con interventi intersettoriali coordinati e sviluppare politiche di genere, accrescendo gli interventi per l’inserimento dei minori e delle donne straniere”.

Risulta rilevante per tali esigenza il ruolo di coordinamento garantito al livello provinciale attraverso il consolidamento degli interventi di sistema.

- Distretto delle Valli Taro Ceno
- Forum terzo settore

11) Disabilita’

“Occorre considerare nella programmazione distrettuale l’esigenza di potenziamento dell’offerta di servizi per la residenzialità, per la casistica grave e medio-grave, così come la completa copertura territoriale dei servizi, dove ancora non esistente, con le risorse dedicate del FRNA”

- Distretto del Sud Est
- Distretto delle Valli Taro Ceno

12) Integrazione socio sanitaria

“Il perno dell’intera azione programmatoria costituisce anche un obiettivo trasversale nell’elaborazione dei programmi PAL per il monitoraggio e il miglioramento continuo: il Gruppo tecnico per l’integrazione socio sanitaria può proficuamente lavorare in tale direzione a supporto della CTSS e del tavolo interistituzionale”

- *Organizzazioni Sindacali CGIL, CISL e UIL*

13) Integrazione delle politiche

“La complessa tematica impone modalità innovative di lavoro al momento solo avviate e da sviluppare: tavoli interassessorili provinciali e distrettuali e nuovi strumenti (es. PAR per la famiglia). Ad esempio i programmi di inserimento lavorativo, favorendo gradualmente l’unificazione delle competenze, sia per l’ambito sociale che per quello socio sanitario, possono opportunamente originare organismi distrettuali integrati che, per soddisfare il bisogno lavorativo di disabili e di persone provate da condizioni di significativa dipendenza, potrebbero realizzare forme di accompagnamento attuabili, però, solo attraverso un’azione sinergica posta in essere dagli attori sociali coinvolti (servizi per l’impiego, mondo della produzione e del lavoro, enti formativi).”

- Distretto Parma
- Sindacati CGIL, CISL, UIL

14) Capitale sociale

“Nell’ambito di questo nuovo percorso si rafforza l’esigenza di un lavoro comune che vedrà il primo momento concreto con l’inserimento di rappresentanti (terzo settore e CCM) nei gruppi di lavoro per l’elaborazione del PAL e dei Piani di zona”

- Forum terzo settore
- Comitati consultivi misti

15) Progetti sperimentali per una nuova residenzialita' in appennino

Sono da promuovere interventi in borghi abbandonati per favorire lo sviluppo di nuove attività con occupazione giovanile e inserimento residenziale dei giovani stessi, in modo che svolgano contemporaneamente funzioni assistenziali agli anziani presenti”

- Distretto delle Valli Taro Ceno

Cap. 6 L'integrazione tra sociale e sanitario

La recente adozione da parte dell'Assemblea legislativa regionale del Piano Sociale e Sanitario ha riportato al centro delle strategie di sviluppo dei servizi il tema della integrazione.

Il legislatore regionale richiama l'improrogabilità della integrazione istituzionale come principio fondamentale di governance e come presupposto per l'efficacia sia della Programmazione integrata su base territoriale, sia della cosiddetta "partecipazione organizzativa", considerata leva strategica dei processi di integrazione professionale.

Si tratta di una cornice politico culturale che può essere riassunta in alcuni principi di fondo:

- ✚ La centralità degli Enti Locali e della Regione nella programmazione, regolazione e realizzazione dei servizi sociali, sanitari e sociosanitari a rete
- ✚ La separazione delle funzioni pubbliche di governo (programmazione, regolazione, verifica dei risultati) da quelle di produzione dei servizi e delle prestazioni
- ✚ L'individuazione della zona distrettuale quale ambito territoriale ottimale per l'esercizio associato della funzione di governo, di committenza e per l'organizzazione associata delle funzioni amministrative ad essa collegata.

In questo quadro, l'integrazione tra sociale e sanitario è, al contempo, un valore primario ed un modello di comprensione, di descrizione e di trasformazione del Welfare, per renderlo aderente a bisogni complessi in rapido cambiamento.

La sua declinazione istituzionale, comunitaria, gestionale e professionale costituisce la "sfida" di un disegno inclusivo che, a partire dalle politiche generali, possa giungere a sostanziare (in modo discendente e per livelli di progressiva specificazione), le buone pratiche professionali, o, in altri termini, il livello della "produzione" dei Servizi.

6.1 UN NUOVO MODELLO DI COMPrensIONE DEI BISOGNI SOCIO SANITARI

Un diverso “modello di comprensione e di descrizione” dei bisogni, appare oggi essenziale per evidenziarne il carattere sistemico, la multifattorialità e, in particolare, la dipendenza da fenomeni sociali generali e complessi da un lato, ma anche dagli stessi modelli di risposta che si sono storicamente determinati attraverso i servizi.

Negli ultimi dieci anni abbiamo assistito ad una accelerazione nel processo di frammentazione delle reti sociali cosiddette “spontanee” e, in parallelo, della loro stessa “rappresentanza” comunitaria. Si pensi in particolare al mutamento delle funzioni di advocacy, storicamente patrimonio della politica e delle istituzioni pubbliche, sostituite sempre più frequentemente, in questo ruolo, da stakeholders, da gruppi di pressione, da associazioni ecc. In parallelo, anche in conseguenza di questa diversa “rappresentanza della domanda”, i Servizi si sono progressivamente specializzati allontanandosi, nelle pratiche professionali, seppure non nella enunciazione degli obiettivi, da modelli olistici. Il “consumo” di “prestazioni socio sanitarie” sempre più specializzate è progressivamente aumentato, non solo per le ben note ragioni socio demografiche ed economiche, ma anche, e forse soprattutto, per ragioni culturali.

La centratura dei Servizi sui rispettivi “statuti scientifici” delle singole categorie professionali impegnate nella loro produzione ed erogazione, ha avuto, in area socio sanitaria (ossia in un’area con statuti scientifici relativamente “deboli” rispetto a quelli “sanitari”), effetti che devono far riflettere. Innegabilmente la progressiva, aumentata complessità quali-quantitativa delle prestazioni sociosanitarie ha contribuito, in questi ultimi anni, ad una forte sottolineatura, nella cultura dei servizi, sugli aspetti organizzativi e procedurali. Questo fenomeno è stato descritto da diversi osservatori come una “burocratizzazione” dei servizi socio sanitari alla persona che, “figlia” dei processi socio economici e di “consumo” di prestazioni, finirebbe a sua volta per alimentare, in un processo circolare e per certi versi “autofertilizzante”, l’impoverimento delle reti informali.

Per questa ragione è fondamentale che le istituzioni possano condividere quello che abbiamo chiamato un modello di comprensione e di rappresentazione delle dinamiche alla base dei bisogni che si esprimono in area sociale e sanitaria restituendo centralità a quella integrazione istituzionale e comunitaria senza la quale non si realizzano l’integrazione gestionale e professionale.

6.2 SOSTENERE L'INTEGRAZIONE ISTITUZIONALE E COMUNITARIA

La Conferenza Sociale e Comunitaria ritiene che a questo scopo sia necessario mettere in campo alcune azioni programmatiche quali:

- Il consolidamento del ruolo e la formalizzazione delle funzioni degli organismi tecnici di supporto e monitoraggio alla programmazione già attivi a livello provinciale quali il Tavolo provinciale per l'integrazione, costituito dai referenti tecnici di tutti i soggetti istituzionali committenti, e l'ufficio di supporto alla Conferenza.
- L'ampliamento delle iniziative formative seminariali rivolte agli Amministratori , ai dirigenti dei Servizi socio sanitari, ai rappresentanti del terzo settore e del volontariato impegnati sui tavoli distrettuali e finalizzate, in particolare, alla co-progettazione delle reti e alla condivisione delle strategie di intervento.
- La sviluppo di audit e di focus groups permanenti, in area distrettuale, finalizzati ad accompagnare l'implementazione dei processi programmatori, gestionali e di monitoraggio dei servizi socio sanitari integrati.

6.3 RESTITUIRE CENTRALITÀ AL WELFARE FAMILIARE NELLA PROGETTAZIONE E GESTIONE DEI SERVIZI

Si vanno delineando nuove forme famigliari, che spaziano da famiglie immigrate, miste, genitori single, ricomposizioni post-divorzio, comunità di famiglie e così via.

Sempre più numerose sono le famiglie costituite da una coppia con un unico figlio, di conseguenza, con minori risorse relazionali utili a far fronte al ciclo di vita familiare. Le linee generazionali sono frammentate. In particolare, gli anziani non sono più riconosciuti come punto di riferimento nella trasmissione di valori e modelli culturali, isolando, in questo modo, il nuovo nucleo familiare.

Le trasformazioni famigliari, relativamente ai rapporti con il contesto sociale, hanno portato a due tendenze: la prima ha indotto alla privatizzazione e all'isolamento dei nuclei famigliari, rafforzando i confini interni rispetto al mondo esterno, con il risultato di una mancanza di interfaccia comunitaria tra le famiglie e i servizi esperti.

In secondo luogo, è osservabile come queste trasformazioni abbiano contribuito al costituirsi di nuove forme famigliari caratterizzate da multiculturalità, rispetto all'omogeneità della famiglia tradizionale, e da profonde differenze nell'accesso ai servizi sociali. La presenza di cittadini stranieri sul territorio, sempre più numerosi nello scenario sociale, pone la necessità di un confronto con modalità di cure differenti, nuovi bisogni e nuovi sistemi relazionali.

Emergono nuovi bisogni famigliari.

- 1) In primo luogo le famiglie chiedono di essere accompagnate/coadiuvate dai servizi e dalle istituzioni nelle funzioni famigliari senza che ciò ne espropri le competenze. L'assenza di una rete comunitaria dentro cui diluire le proprie preoccupazioni e dentro cui trovare sostegno nei momenti critici, mette le famiglie in una situazione di isolamento. Per questo, le famiglie si rivolgono sempre più ai servizi e alle istituzioni o agenzie socio-sanitarie ed educative per essere aiutate anche a svolgere le loro funzioni primarie. Le funzioni familiari hanno cioè sempre più bisogno di una rete allargata di rapporti sociali. Questo, da un lato è un processo irreversibile, dall'altro porta con sé il rischio di svalorizzare le competenze proprie delle famiglie
- 2) In secondo luogo, le famiglie chiedono di essere accompagnate nel far fronte a compiti di sviluppo e di care giving nuovi e inusuali, -sia per se stesse, sia per gli operatori dei servizi-e, a fronte di questa domanda di "accompagnamento", incontrano Servizi più portati a rispondere su un registro "specialistico", con il rischio, a volte, che ciò le riconduca a percorsi "patologizzanti".

I compiti di sviluppo a cui le famiglie contemporanee devono assolvere sono, in realtà, momenti critici fisiologici del ciclo di vita delle famiglie e non possono essere scambiati per dinamiche psicopatologiche. Per questo, il bisogno delle famiglie di essere accompagnate in una rete socio sanitaria non ancora sufficientemente integrata, si presenta oggi come un compito complesso

per i servizi e le istituzioni che se non si dotano di nuovi modelli di analisi, rischiano di non essere in grado di aiutare le famiglie nell'assolvimento dei nuovi compiti o addirittura di ricondurle impropriamente a categorie psico-patologiche.

Gli obiettivi considerati prioritari a questo livello sono i seguenti:

- favorire una riflessione progettuale sul modello culturale dei servizi, sui presupposti teorici e metodologici su cui fondano le proprie buone pratiche, al fine di individuare e qualificare luoghi sensibili e recettivi, all'interno della rete, rispetto alle trasformazioni familiari in corso e in funzione del continuum agio-disagio degli utenti dei servizi;
- promuovere ricerche-intervento che coinvolgano le famiglie del territorio provinciale sulla percezione dei bisogni e della relazione con i servizi al fine di rilevarne i cambiamenti strutturali e processuali;
- costituire nuclei operativi in alcuni luoghi-servizio significativi dell'Azienda sanitaria e del territorio, che si configurino come sperimentazioni di interventi socio sanitari integrati di supporto alle reti di caregiving familiare, utilizzando metodologie partecipative in punti strategici nel "continuum" del disagio;
- potenziare e diffondere nella rete socio sanitaria le buone pratiche di accesso e "accompagnamento" ai servizi, di case management e di disease management.

6.4 SOSTENERE E POTENZIARE IL WELFARE DI COMUNITÀ

Il tessuto sociale post-industriale della provincia di Parma è caratterizzato da riduzione del numero medio di componenti dei nuclei familiari, riduzione delle convivenze e delle coabitazioni intergenerazionali, importanti processi di mobilità fra residenza e sede di lavoro, alti livelli di occupazione, anche femminile (> 50% fra 18 e 65 anni), bassi tassi di natalità (8 per 1000 ab.), alto tasso di separazioni coniugali e di nuclei ricostituiti (50% delle coppie entro i primi 10 anni di matrimonio), alti tassi di popolazione anziana, spesso colpita da patologie severe (8000 persone, in prevalenza anziane affette da demenza), alti tassi di incidentalità sui posti di lavoro (600 invalidità permanenti – anno), elevata presenza di migranti regolari residenti (36.000). Le reti informali sono fortemente indebolite, non solo in area urbana, ma anche negli insediamenti della cintura e su tutto l'asse della via Emilia.

Si presentano, negli ultimi 10 anni fenomeni importanti di disagio giovanile. La dispersione scolastica è passata dall'8 al 16% in 10 anni. E' noto che l'insuccesso scolastico precoce, associato a fragilità sociale, ha una altissima predittività di crolli evolutivi nella adolescenza e nella prima età adulta. L'accesso ai servizi di soggetti giovani, ma non solo, passa sempre più attraverso la via della emergenza urgenza. Le agenzie formative tradizionali sono indebolite in tutte le classi di età, compreso il ciclo delle elementari che fino a cinque anni fa continuava a “tenere”.

Le reti di care givers familiari sono costituite da persone, in prevalenza donne, fra i 55 e i 75 anni, che si occupano di “allestire”, come “connettori informali”, interventi di supporto spesso complessi e onerosi, a familiari non conviventi, ancora più anziani, ma anche a nipoti, figli di genitori occupati al lavoro o con famiglie ricostruite.

La rete di servizi sociali è ampia e diffusa, ma l'accesso della utenza potenziale è sempre più difficile e frammentato per le ragioni più sopra descritte. Altrettanto ampie, ma assolutamente frammentate, sono le reti del terzo settore e del volontariato.

Il sostegno alla qualità relazionale del Welfare comunitario, sia esso costituito da reti istituzionali o informali, è un obiettivo centrale che va sostenuto avendo attenzione ad alcune priorità:

- sostenere e potenziare i cosiddetti Servizi di prossimità, anche riconvertendo servizi sociosanitari strutturati, sviluppando collaborazioni organiche con il terzo settore, il volontariato, le reti informali e le esperienze auto aiuto per favorire forti processi di empowerment, aumentare l'inclusività e facilitare l'accesso alla rete.
- Sviluppare progetti interistituzionali di sostegno alle reti tradizionali (Servizi formativi, educativi, integrazione al lavoro di fasce deboli) e sostenere le forme di auto-organizzazione di nuovi soggetti sociali per rendere concreti i diritti di cittadinanza (abitazione, lavoro, socialità, cultura, acquisizione della seconda lingua in età precocissima, tempo libero, pratica sportiva, ecc).

6.5 POSIZIONARE L'INTERVENTO PUBBLICO DI AREA SOCIO SANITARIA DANDO PRIORITÀ ALLE SITUAZIONI CARATTERIZZATE DA ALTA COMPLESSITÀ E SEVERITÀ

Si è sottolineato come la condizione di “disagio” si collochi in un “continuum” che va da condizioni di disagio lieve a condizioni di disagio grave e di come quest’ultimo, in particolare, sia influenzato non solo da condizioni patologiche soggettive “severe”, ma dal contesto socio economico e culturale in cui la persona vive. Condizioni sociali multiproblematiche di contesto possono rendere “grave” una lieve patologia a carico di un singolo. Viceversa una patologia severa, sviluppata in una condizione socialmente più favorevole, può essere affrontata a volte con esiti positivi.

Il ruolo dei Servizi socio sanitari pubblici deve rimanere fondamentale nella risposta integrata a tutte le situazioni gravi, siano esse tali in area sociale o in area sanitaria. Solo il Servizio pubblico è in grado di assicurare il governo della gravità e della multiproblematicità assicurando una regia e un accompagnamento adeguati, ma soprattutto garantendo integrazione, equità, continuità di cure e alti livelli qualitativi.

Un buon livello qualitativo e di integrazione raggiunto nella risposta alle situazioni severe, sanitarie e sociali, costituisce il migliore indicatore di qualità ed il riferimento obbligato per tutta la rete di servizi offerti alla generalità della popolazione.

Questa opzione non significa negare il ruolo del privato che rimane fondamentale, ma stabilire rigorose priorità, assicurando la governabilità del sistema, il suo equilibrio economico gestionale e mantenendone nel contempo il carattere universalistico.

Per tutti i target di popolazione e per tutte le fasce di età gli obiettivi prioritari sono i seguenti

- Ridefinizione dei criteri di accesso alla rete dei servizi e omogeneizzazione su base provinciale degli strumenti di valutazione della non autosufficienza;
- Sviluppo della assistenza domiciliare come scelta strategica;
- Sviluppo dei Servizi accessori o complementari alla domiciliarità;
- Sviluppo di programmi di sostegno alle reti sociosanitarie informali e di prevenzione per soggetti fragili.

Cap. 7 Le altre politiche di impatto sul benessere

7.1 INTEGRAZIONE DELLE POLITICHE

Il nuovo assetto definito per la governance ed il welfare locale prevede la definizione di strumenti di pianificazione sociale (di livello provinciale e distrettuale), per i quali l'Amministrazione provinciale viene confermata quale ente responsabile per il coordinamento e la promozione di tutte le politiche che favoriscono l'inclusione sociale, la salute ed il benessere -complessivamente inteso- delle popolazioni locali: l'azione della Provincia non deve limitarsi pertanto all'insieme degli interventi sociali e sanitari, ma deve prevedere uno sforzo significativo nella direzione dell'integrazione delle politiche locali (per il mercato del lavoro, per la casa, per l'istruzione, per la mobilità ed i trasporti, per la pianificazione territoriale, per la protezione ambientale, ecc.).

Si apre pertanto per l'area sociale e sanitaria una nuova fase, che appare assolutamente cruciale in considerazione della adozione da parte del Consiglio Regionale del **Piano Regionale Sociale e Sanitario** e dell'avvio dell'elaborazione dei conseguenti nuovi atti di programmazione triennale per il periodo 2009-2011; in questo quadro ruolo e responsabilità della Provincia verso le realtà locali vengono stabilmente accresciuti, mentre contemporaneamente -al proprio interno- la riflessione sulla integrazione delle politiche assume un rilievo del tutto nuovo .

A seguito delle scelte di assetto organizzativo interno già effettuate dall'Amministrazione con l'individuazione delle Aree di coordinamento tra Servizi, è stato possibile avviare uno specifico percorso, innovativo e non semplice, ma estremamente significativo ed utile (oltreché foriero di positivi sviluppi nel breve-medio periodo). Il coordinamento appena detto viene infatti coinvolto dalle sostanziali novità avviate con il P.R.S.S. e con i nuovi strumenti di programmazione sociale, con indicazioni che convergono tutte nella direzione di una **forte integrazione fra politiche socio-sanitarie e politiche locali** volte ad assicurare nei diversi aspetti, il benessere sociale ed individuale dei cittadini. Su tale aspetto, la collaborazione interna all'area "Formazione professionale, scuola e servizi sociali", non solo ha reso evidenti le integrazioni fra interventi e strumenti di politica sociale e interventi e servizi di politiche del lavoro (compresi i Centri per l'impiego e il Servizio inserimento lavorativo Disabili), ma ha anche innescato e promosso le azioni necessarie per rendere operativa una integrazione con le altre aree di lavoro dell'Amministrazione.

Infatti i contenuti richiesti per l'**Atto di Indirizzo triennale** 2009-2011 evidenziano tale esigenza: il "Quadro di riferimento" richiede questo specifico capitolo oggetto di trattazione dal titolo **"I raccordi con la pianificazione locale di livello provinciale delle politiche non socio-sanitarie"**; così come il "Profilo di comunità" ha fornito l'occasione per sviluppare un primo quadro di "Servizi, strutture, risorse informali con i principali indicatori a livello distrettuale" (area sociale e socio-sanitaria, area abitativa, area della formazione e del lavoro, area culturale e ricreativa, altre). L'Ufficio di Piano Sociale provinciale, all'interno del Servizio Coordinamento Politiche Sociali

e Sanitarie ed in raccordo con gli altri Servizi di questa Amministrazione, ha sostenuto l'Ufficio di Supporto della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria nell'elaborazione in questione, contenente i primi sviluppi di quanto appena sopra evidenziato. Le linee regionali per la stesura dell'Atto di indirizzo prevedono che lo stesso venga ...“elaborato in modo da assicurare il raccordo tra i diversi strumenti e i diversi ambiti di pianificazione locale (Piani di zona, Piani per la Salute, Agenda 21, PTCP, Piano regionale della prevenzione, etc.), ed il raccordo tra i diversi livelli di programmazione” con l'obiettivo di integrare ed armonizzare i differenti strumenti che incidono sullo stesso bacino territoriale”.

Il presente elaborato, comunque suscettibile di miglioramenti, prende le mosse dall'analisi effettuata sugli elementi principali della pianificazione locale di livello provinciale delle “altre” politiche (non socio-sanitarie), che possano costituire elementi di raccordo, così da poter sinteticamente descrivere in ambito provinciale e distrettuale l'articolazione delle politiche che interagiscono con quelle socio-sanitarie e che fondamentalmente attengono lo sviluppo economico, il territorio, il lavoro, la formazione, la scuola, il tempo libero, l'associazionismo, la viabilità, la mobilità ed i trasporti pubblici, l'ambiente. I documenti a tal fine individuati e valutati riguardano:

Pianificazione Territoriale:

Piano Territoriale di Coordinamento Provinciale “P.T.C.P.” (delib. n. 71 Cons. Prov.le 25.07.2003);

Ambiente

Piano Provinciale per la Tutela e Risanamento della Qualità dell'Aria (delib. n. 29 Cons. Prov.le 28.03.07); Piano Provinciale di Tutela delle Acque (delib. n. 16 Cons. Prov.le 20.02.07); Piano Provinciale Gestione Rifiuti (delib. n. 32 Cons. Prov.le 22.03.2005); Piano Provinciale per la Localizzazione dell'Emittenza Radiotelevisiva (delib. n. 50 Cons. Prov.le 18.05.2005);

Viabilità: Programma Triennale degli investimenti 2008-2010 (delib. n. 139 Cons. Prov.le 21.12.07);

Mobilità: Interventi a sostegno della mobilità e del trasporto pubblico; atti vari;

Formazione Professionale e Lavoro:

Quadro degli interventi delle attività formative e di inserimento lavorativo per i soggetti deboli;

Politiche Scolastiche: Quadro degli interventi programmati; atti vari;

Politiche Abitative: Progetti volti al superamento del disagio abitativo; atti vari;

L'Area Sviluppo economico e promozione territoriale ha trasmesso una sintesi dei diversi documenti .

Il lavoro avviato potrà concludersi con uno specifico momento di confronto fra tutti i soggetti coinvolti, per una effettiva condivisione delle valutazioni attualmente formulate autonomamente dalla “componente sociale” ed una riflessione comune sull'impatto sociale delle singole politiche e sullo stato di integrazione delle stesse (ad es. integrazioni implicite già esistenti e da esplicitare, integrazioni perseguite ma non operative, integrazioni assenti ma necessarie e da perseguire organicamente), sulle aree di criticità e sui margini di potenzialità e di sviluppo .

In tal modo si intende contribuire alla definizione di un elemento centrale per l'attività politico amministrativa della Provincia e degli enti locali: in che modo le singole politiche, non più separatamente ma insieme, possano incidere positivamente sulla salute ed il benessere della popolazione e quindi concorrere, assieme al sistema socio-sanitario, ad elevare complessivamente la qualità della vita nell'intero territorio.

Il lavoro di coordinamento svolto, prima con tutti i coordinatori d'area (1), poi con i collaboratori delle singole aree tematiche indicati dagli stessi Dirigenti (2), ha permesso la raccolta e la valutazione di una copiosa documentazione derivante dai principali strumenti di programmazione di ambito provinciale, dalla quale sono state estratte sintesi finalizzate, riunite in un allegato specifico, che rimane depositato e disponibile per la consultazione presso gli uffici del Servizio coordinamento politiche sociali e sanitarie .

L'elaborazione seguente costituisce invece una prima valutazione, ancora classificabile come "unilaterale", redatta dal punto di vista "sociale", delle risultanze emerse dalle sintesi sopracitate.

(1) (AREA RISORSE: Rag. I. Comelli, AREA AMBIENTE E RISORSE NATURALI: Ing. G. Alifracò, AREA SVILUPPO ECONOMICO E PROMOZIONE TERRITORIALE: dott. C. B. Bonizzi, AREA FORMAZIONE PROFESSIONALE, SCUOLA E SERVIZI SOCIALI: dott. G. Marzano, AREA VIABILITÀ E PATRIMONIO: Ing. E. Mari, AREA PIANIFICAZIONE TERRITORIALE: dott. S. Peri);

(2) (Miselli, Manghi, Polizzi, Tomaselli, Resteghini, Pacchiani, Zanni).

7.2 POLITICHE ABITATIVE

Il rapporto tra disagio abitativo e disagio sociale è strettamente correlato: la questione abitativa è condizionata soprattutto dai processi di impoverimento e di precarizzazione, che contribuiscono a creare traiettorie socialmente critiche. L'integrazione progettuale ed operativa realizzata tra i due Servizi consente di parlare, nello specifico, di una effettiva politica socio-abitativa integrata, con azioni rivolte prioritariamente a due fasce di cittadini: immigrati e giovani.

Per quanto riguarda la *popolazione immigrata*, è stato costituito il Fondo Provinciale di Garanzia "Affitti sicuri e garantiti" con numerose partecipazioni finanziarie. Esso permette di garantire ai proprietari una copertura per ogni contratto, per mancata riscossione dei canoni e per danni all'appartamento. Si vuole agire sul mercato privato, agevolare l'individuazione di una casa per i lavoratori immigrati, superare la generale diffidenza nei loro confronti, creare un'alternativa alla diffusione dei contratti in nero, supportare il sistema produttivo locale, in relazione alla costante necessità di reperimento di manodopera proveniente dall'estero. L'iniziativa è stata in seguito ampliata per garantire anche i proprietari che affittano residenze ad uso collettivo, così da consentire a persone immigrate, inserite in strutture di prima accoglienza, di integrarsi adeguatamente nella struttura sociale del territorio, attraverso l'opportunità di convivere con altre persone in un ambiente più familiare e domestico. Il progetto supera la precarietà e crea le condizioni necessarie alla familiarizzazione, alla integrazione sociale, alla stabilizzazione del reddito e consente di "preparare" le persone alla successiva residenza in alloggi privati o pubblici, attraverso l'attivazione di contratti di locazioni tra privati e Associazioni, che a loro volta stipulano specifici contratti con i singoli lavoratori immigrati, inseriti in convivenza allargata. Inoltre è stato adottato, dalla maggior parte dei comuni compreso il capoluogo, un nuovo procedimento per il rilascio dell'idoneità alloggiativa. La Provincia, ha promosso un processo di armonizzazione tra i Comuni, al fine di individuare criteri e modalità sostanzialmente omogenei, per sostenere il processo di integrazione positiva dei cittadini stranieri residenti (procedura operativa uniforme, parametri tecnici e standard abitativi comuni).

In relazione alle *giovani coppie*, riconosciuta la tendenza generale delle famiglie a ricercare una casa in acquisto rispetto alla locazione, a causa delle condizioni di offerta del mercato, il disagio socio-abitativo che in questi ultimi anni ha raggiunto livelli preoccupanti a causa dell'estensione della precarietà lavorativa, della crescente mobilità geografica, oltreché della riduzione delle forme di protezione pubblica e sociale, è diventato un fattore che impedisce la realizzazione di un progetto di vita autonomo. Il Fondo provinciale è stato creato con lo scopo di facilitare l'acquisto della prima casa per coloro che, solitamente, hanno difficoltà ad accedere a mutui e finanziamenti: giovani coppie, lavoratori con contratti flessibili e nuclei monogenitoriali. Esso consente ai beneficiari di accedere ad un mutuo agevolato e di avere la copertura di un congruo numero di rate del mutuo nel caso che, nell'ambito di vita del mutuo, si verificassero alcuni eventi che determinano la riduzione

della capacità economica del nucleo familiare (perdita del lavoro; chiusura dell'attività; nascita di un figlio; decesso; crescita parentale, separazione; abbandono del coniuge, riduzione del reddito a causa di malattia o d'infortunio).

Rispetto al *problema residenziale studentesco* la Provincia ha avviato una nuova progettualità che incrocia la domanda universitaria con la crescente situazione di solitudine degli anziani: La richiesta alloggiativa da parte di studenti universitari fuori sede è aumentata considerevolmente, collegata all'esigenza di individuare una soluzione che non incida così fortemente sui costi che deve sostenere lo studente fuori sede. Obiettivo del progetto è offrire agli studenti fuori sede l'opportunità di reperire una sistemazione abitativa di tipo familiare e a costo contenuto e agli anziani ospitanti una presenza che funga da compagnia ed aiuto. Tale condizione favorevole è attuabile offrendo ad entrambe le categorie una modalità e un percorso in grado di creare opportunità e forme di collaborazione che consentano la convivenza quotidiana di generazioni diverse. Si sta creando un canale privilegiato di comunicazione e di incontro tra studenti in cerca di un alloggio e persone over 65, con un alloggio adeguato e dotato di una stanza libera, disponibili ad accogliere un giovane. L'anziano riceve dallo studente un rimborso spese mensile, un supporto per svolgere piccole mansioni domestiche e compagnia. Questo modello di coabitazione fa sentire utili entrambi i soggetti coinvolti e consente la valorizzazione delle risorse individuali e del benessere come punti fondamentali per la crescita di una società aperta e di una provincia accogliente.

In generale, in relazione alle esigenze abitative, sono stati attivati anche strumenti di facilitazione definiti contratti di locazione a canone concordato o ad "affitto conveniente", che consentono agevolazioni per i proprietari e costi favorevoli per gli inquilini sottoscrittori: i Comuni hanno applicato un'aliquota ICI ridotta a favore dei proprietari che stipulano contratti concordati. Per gli affittuari il canone di affitto si è ridotto rispetto ai prezzi medi del mercato delle locazioni immobiliari, è stata favorita la dinamicità del mercato, consentendo di trovare soluzioni idonee soprattutto per le giovani coppie e persone singole costrette a convivere con il nucleo familiare originario (perché i costi dell'affitto non sono alla loro portata), ma anche per gli immigrati quale soluzione alternativa ai contratti a libero mercato.

Le aree di criticità più rilevanti riguardano le cosiddette "nuove povertà" e quindi la necessità di poter offrire maggiori opportunità di soluzioni con edilizia popolare, nonché la necessità di far fronte al problema alloggiativo della popolazione immigrata. L'insieme delle progettualità avviate congiuntamente dai Servizi Sociale e Politiche abitative possono contribuire a fornire risposte adeguate, ma indubbiamente risultano vincolate dalla attuale disponibilità economica: una maggiore possibilità di investimento in questa direzione può garantire una ricaduta sociale significativa.

7.3 TRASPORTI

Il Servizio Mobilità e Trasporti sta realizzando un progetto complessivo e condiviso di trasporto pubblico con il quale intende rispondere alle nuove esigenze di mobilità provenienti da vaste aree del territorio provinciale; particolare attenzione è stata riservata alle zone di montagna e della “bassa” dove le persone anziane necessitano di costanti e frequenti collegamenti con i poli socio-sanitari presenti sul territorio e con le varie iniziative fieristiche e mercatali dei paesi, quale occasione sensibile di partecipazione attiva alla vita sociale della comunità. Proprio in questa direzione è stato attivato il progetto relativo al Pronto Bus a chiamata, così come i progetti di Taxi sociale. Questi interventi hanno principalmente lo scopo di favorire la mobilità in sicurezza delle persone anziane e bisognose, ma anche di sostenere le relazioni sociali e le necessità socio-sanitarie dei cittadini, in particolare di quelli che non vivono nei centri urbani. Il Progetto di riqualificazione delle fermate su strade provinciali extraurbane si inserisce, organicamente nell’importante sforzo promosso dalla Provincia per l’aumento della sicurezza stradale sulle strade di competenza. L’intervento è teso ad incrementare la sicurezza passiva di tutti gli utenti della strada, soprattutto di quei cittadini che, usufruendo del trasporto pubblico, devono sostare ai margini della strada in sicurezza e in aree protette anche dagli agenti atmosferici. Le opere di ammodernamento e messa in sicurezza delle fermate riguardano, oltre ad interventi infrastrutturali, la realizzazione di piazzole bus e strutture di servizio, quali le pensiline, per la salvaguardia degli utenti in attesa. Il calo di utenti del mezzo pubblico segnala infatti la necessità di potenziare il servizio anche attraverso i punti di accesso (ad es. fermate “protette” per gli anziani).

Rispetto alle tematiche della popolazione giovanile si evidenzia un positivo caso di integrazione con le politiche sociali: nella consapevolezza di dover affrontare il problema delle stragi del “sabato sera” che colpisce i giovani che si spostano nelle ore notturne per raggiungere le discoteche, è stata recepita l’esigenza di sicurezza delle famiglie e dell’intera comunità, approntando un progetto di trasporto sperimentale notturno denominato “Discobus”, finalizzato a prevenire e a ridimensionare il dramma degli incidenti stradali dei giovani che frequentano i locali pubblici notturni lungo l’asse della Via Emilia. Il progetto oltre a rappresentare uno strumento itinerante per supportare gli spostamenti in sicurezza, si pone anche il preciso intento, tramite la presenza di personale qualificato a bordo, di informare i giovani sui danni derivanti dagli abusi di alcol e sostanze stupefacenti in relazione alla guida, in quanto proprio tali abusi sono tra le cause principali degli incidenti stradali.

La maggiore criticità rilevabile riguarda il permanere dell’isolamento in alcune aree della zona montana e della bassa parmense e la conseguente difficile accessibilità ai servizi socio-sanitari, in particolare per la popolazione anziana e disabile.

7.4 VIABILITA'

Per quanto riguarda la viabilità occorre segnalare che i numerosi interventi programmati e finanziati con il Programma Triennale Opere Pubbliche (2008-2010) consentiranno significativi miglioramenti nell'area critica dell'accessibilità degli utenti ai servizi socio-sanitari nelle zone svantaggiate. Gli interventi di miglioramento viario sono stati infatti concentrati nelle zone di maggior difficoltà, con stanziamenti consistenti fin dal primo anno (2008). L'analisi effettuata rispetto a tipologia e localizzazione degli interventi del Programma evidenzia, ad esempio, come gli interventi specifici per la zona appenninica, progettualmente definiti e direttamente correlabili all'accessibilità ai polo socio-sanitarie ambulatoriali, ammontino ad oltre 6.000.000 di Euro, senza considerare gli interventi di manutenzione straordinaria, ancor più consistenti.

Il quadro degli interventi stessi produrrà quindi, oltre ad un miglioramento generalizzato delle condizioni di sicurezza del traffico, un sicuro contenimento dei tempi di percorrenza per i singoli utenti sia che utilizzino il mezzo privato, sia che si servano dei mezzi del trasporto pubblico su gomma (con positive ricadute sulla riduzione delle emissioni in atmosfera e sul contenimento della spesa pubblica).

La maggiore criticità rilevabile riguarda il permanere di una insufficiente dotazione infrastrutturale per le aree appenniniche sia in termini viari (per la fascia più "alta") che in termini di servizi di trasporto pubblico (orari e relazioni strutturati prevalentemente sulle esigenze dell'utenza pendolare), con difficoltà che risultano acuite dalla bassa densità di popolazione residente.

7.5 POLITICHE EDUCATIVE

Tra i compiti di programmazione relativamente alle politiche scolastiche si segnalano:

- Contributi per a) l'estensione e la qualificazione dei servizi 0 - 3 anni; b) per la qualificazione delle scuole dell'infanzia statali e paritarie; c) contributi a favore dei Comuni per il trasporto scolastico, interventi a supporto dell'integrazione scolastica degli alunni disabili, acquisto scuolabus, attrezzature per handicap, arredi mense scolastiche; d) assegnazione di borse di studio agli studenti delle prime tre classi delle scuole secondarie superiori; e) assegnazione ai Comuni di fondi per l'acquisto di libri di testo; f) a favore di scuole e Comuni per interventi a supporto dell'autonomia scolastica.
- Programmazione edilizia scolastica finanziamenti regionali e statali a favore dei Comuni.
- Gestione diretta scuole secondarie di secondo grado e programmazione dell'offerta formativa.
- Interventi per l'educazione degli adulti .

La L.R.1/2000 modificata con la L.R. 8/2004, delinea un sistema integrato di gestione pubblico/privato e detta le norme per la garanzia e la tutela dei bambini e delle loro famiglie.

In questo contesto la Provincia ha assunto da alcuni anni nuove e importanti competenze sia per quanto riguarda l'assegnazione delle risorse sia nella programmazione delle attività a supporto e difesa della qualità dei servizi stessi. In relazione ai servizi 3-5 anni le competenze riguardano la programmazione dei progetti di qualificazione e miglioramento, derivanti dalla legge regionale n.26/01 sul Diritto allo studio e destinati alle scuole materne pubbliche e private paritarie privilegiando i temi relativi alla continuità 0 - 6 anni (nido – materna - biennio delle elementari). Relativamente ai contributi per l'estensione dei servizi 0-3 anni in conto capitale, la programmazione della Provincia in questi anni ha perseguito l'obiettivo dell'ampliamento dei servizi (nuove costruzioni) ed il riequilibrio territoriale, promuovendo nei bandi la costruzione di servizi in Comuni di montagna ed in Comuni che ne erano sprovvisti.

Gli ultimi indirizzi triennali regionali relativi alla gestione della L.R..26/01 sul Diritto allo studio prevedono l'erogazione di borse di studio agli studenti delle prime tre classi di scuola secondaria superiore (con limiti di reddito familiare), l'assegnazione di contributi ai Comuni per i libri di testo, l'assegnazione ai Comuni ed alle scuole di fondi per l'acquisto di scuolabus, attrezzature per l'handicap in situazione scolastica, arredi per le mense scolastiche. La programmazione della Provincia ha anche in questo senso privilegiato un principio di riequilibrio a favore dei Comuni di minori dimensioni (interventi per i disabili) e di montagna (contributi per il trasporto scolastico) .

La legge 12/01 riguarda, invece, i progetti a supporto dell'offerta formativa: nell'ambito di questa legge vengono assegnati contributi ai Comuni per interventi a supporto dell'integrazione scolastica degli studenti disabili e contributi a Comuni e scuole per interventi a supporto dell'autonomia scolastica. Gli ultimi indirizzi regionali assegnano una priorità agli interventi a supporto degli alunni stranieri e disabili.

Nell'ambito di questi finanziamenti e con una quota in autofinanziamento il Servizio scuola ha avviato un progetto che prevede la sottoscrizione di un protocollo di intesa fra Scuole, Comune capoluogo, CTP, Università degli Studi di Parma e Ufficio Scolastico Provinciale a supporto dell'integrazione scolastica degli studenti di cittadinanza non italiana delle scuole secondarie di secondo grado, con particolare riferimento all'apprendimento dell'italiano come lingua dello studio.

In tema di educazione degli adulti, la Provincia svolge, inoltre, compiti di programmazione relativamente a finanziamenti regionali (L.R.12/03) alle Università della terza età, collabora con i Centri Territoriali Permanenti per coordinare le azioni, con particolare riferimento al tema della comunicazione (pubblicazione di una guida su CTP e corsi serali) e sulla costruzione di materiali condivisi (moduli EDA) con crediti nei corsi per la qualifica ed il diploma.

Rispetto alle *criticità*, occorre rilevare che negli ultimi anni si è avuta una notevole evoluzione demografica, veicolata in particolare dall'immigrazione, che contribuisce anche all'incremento della natalità. Questi fenomeni hanno avuto riflessi decisivi sulla popolazione scolastica dal momento che la maggior parte delle persone immigrate appartiene alle classi di età demograficamente feconde e quindi porta spesso con sé bambini in età scolare (che affluiscono al seguito dei genitori, anche grazie ai processi di ricongiungimento familiare), oppure che nascono direttamente nel nostro territorio. Per questi motivi, le classi di età scolare si sono, in generale, notevolmente accresciute, e presumibilmente, se continuerà l'afflusso di immigrati, continueranno a crescere, almeno nel medio periodo.

Appare quindi sempre più necessaria l'integrazione con le altre politiche dell'ente, finora solo avviata attraverso l'attivazione di tavoli interassessorili; in primo luogo appare necessario, sul versante tecnico, avviare una collaborazione organica e strutturata –con il sostegno dell'Ufficio di Piano provinciale - con gli Uffici di Piano distrettuali nella definizione di obiettivi e progettazioni in modo da ottimizzare l'utilizzo delle risorse provenienti dai diversi canali di finanziamento (fondi alle scuole, Fondo Sociale, Fondo Regionale Non Autosufficienza).

7.6 FORMAZIONE/LAVORO

Gli aspetti chiave su cui l'azione di programmazione integrata ha focalizzato l'attenzione sono:

- garantire risposte personalizzate ai bisogni degli utenti;
- sviluppo di approcci pluridimensionali capaci di intervenire in modo coordinato sui tre assi portanti del progetto di vita delle persone: lavoro, casa, socialità;
- garantire equità e pari opportunità di accesso ai saperi e alle nuove tecnologie;
- sensibilizzare il mondo datoriale ai temi dell'inclusione sociale,
- sviluppare il sistema degli incentivi economici destinati alle aziende che assumono fasce deboli.

Si tratta di interventi che hanno anche visto un forte sforzo di sinergia istituzionale fra diverse strutture operanti nel campo della formazione; del lavoro; strutture competenti nei servizi sociali e mondo della cooperazione sociale. Gli interventi realizzati riguardano:

- diversificazione delle tipologie formative in base alle diverse caratteristiche e peculiarità dei diversi target di utenza;
- misure di sostegno (voucher di cura, assegni di frequenza, buoni pasto, servizi di mediazione interculturale);
- tutoraggio personalizzato con almeno un 10% del monte ore dedicato all'affiancamento individuale (rilevabile da diario utente) a supporto della fase di inserimento in stage/tirocinio (colloqui con l'utente, verifiche di monitoraggio in azienda, ecc.);
- messa a regime delle buone prassi (per esempio formazione per rifugiati politici e detenuti).

Sede di integrazione tecnica ideale è l'Ufficio di Piano distrettuale relativamente alla concreta integrazione degli obiettivi, degli interventi, ai metodi comuni di valutazione ed all'ottimizzazione delle risorse. Anche la Regione Emilia Romagna si è mossa in questa direzione con la costituzione di un gruppo tecnico "Inclusione sociale" composto da referenti provinciali dei Servizi Sociali e della Formazione Professionale, proprio in questa sede si promuove l'Ufficio di Piano come sede di integrazione distrettuale tra le diverse politiche.

Le *criticità* ancora riscontrabili nel sistema riguardano le difficoltà di inserimento lavorativo delle fasce deboli dovute alla mancanza di adeguati strumenti per promuovere e sostenere gli inserimenti, nonché la conseguente debole attrazione espressa verso il settore produttivo e lo scarso sbocco occupazionale per le donne.

7.7 POLITICHE GIOVANILI

La L. R. 74/2008 recentemente approvata prevede che, al fine di coordinare ed integrare le politiche e gli interventi rivolti ai giovani nei loro rispettivi territori, in un quadro di concertazione con gli enti locali e le parti sociali, nonché di collaborazione con i soggetti pubblici e privati e le organizzazioni del privato sociale, ciascuna Provincia approvi linee triennali d'indirizzo, articolate in piani annuali, sulle azioni che intende attuare a favore dei giovani, coerenti con quanto stabilito dalla legge stessa e, in particolare, con gli indirizzi regionali di prossima emanazione .

Ciascuna Provincia garantisce il coordinamento provinciale delle politiche giovanili attraverso la costituzione di un proprio organismo, del quale definisce la composizione e le modalità di funzionamento, assicurando la rappresentanza degli enti locali e delle loro forme associative, delle AUSL, dell'associazionismo, del volontariato e cooperazione, dei COPRESC, della scuola, delle università, del mondo del lavoro e, più in generale, degli enti ed organizzazioni che operano nell'ambito delle politiche giovanili e incidono sulla qualità della vita dei giovani.

L'organismo di coordinamento provinciale:

- a) avanza proposte ed esprime valutazioni sugli indirizzi e la programmazione degli interventi sul territorio provinciale a favore dei giovani, anche ai fini del superamento di eventuali squilibri sul piano quantitativo e qualitativo;
- a) assicura il raccordo tra le politiche di settore, in particolare con gli orientamenti previsti nei piani distrettuali per la salute e il benessere sociale di cui all'articolo 29 della legge regionale n. 2 del 2003, per la diffusione di buone prassi tra territori e servizi e per l'elaborazione di accordi e di programmi integrati a livello territoriale;
- a) promuove riflessioni sulla condizione dei giovani e le problematiche che li riguardano;
- a) collabora con la Provincia per le attività di monitoraggio degli interventi e per l'aggiornamento dei flussi informativi per l'osservatorio regionale per l'infanzia, l'adolescenza e i giovani.

Al fine di raggiungere tali finalità e garantire il coordinamento e la messa in rete di tutti gli enti e gli organismi che a vario titolo si occupano di politiche giovanili nel territorio l'Assessorato politiche sociali e sanitarie costituirà un tavolo di lavoro provinciale in attuazione degli obiettivi e degli interventi proposti dalla Legge Regionale.

7.8 IL CONTRIBUTO DEL PIANO TERRITORIALE DI COORDINAMENTO PROVINCIALE (PTCP)

Tra gli ambiti di maggior approfondimento si ritrova il tessuto socio-economico, indagato nei suoi principali aspetti. L'analisi della specializzazione del sistema produttivo ha evidenziato che la struttura industriale della nostra provincia si connota non tanto come un sistema ad elevata specializzazione, ma come un tipico modello di economia ad industrializzazione evoluta, con una marcata incidenza del settore alimentare ma anche fortemente articolato in produzioni e tecnologie differenziate che si avvantaggiano di economie di localizzazione e della presenza di una elevata dotazione sia di infrastrutture fisiche che di capitale sociale e umano.

L'impiego dello schema di filiera porta ad individuare un complesso di produzioni incentrate sulle lavorazioni e sui prodotti alimentari che risultano fortemente interdipendenti in termini di scambi (semilavorati, componenti, servizi produttivi) o di relazioni tecnologiche. Valutazioni indicative portano ad attribuire alla filiera alimentare una quota pari al 55-65% del valore aggiunto industriale della provincia. Rispetto ai mutamenti nella composizione settoriale si può invece osservare che la variazione nella importanza relativa dei diversi comparti non abbia, comunque, comportato né gravi squilibri intersettoriali né un indebolimento significativo dell'intonazione positiva dei processi di crescita.

Nella provincia di Parma, come peraltro in gran parte delle aree della regione, non siamo di fronte a marcati processi di deindustrializzazione che debbano essere riequilibrati in termini di creazione di nuovi posti di lavoro attraverso l'espansione del settore del terziario. Dai dati e dagli studi disponibili emerge quindi una sostanziale stabilità dell'occupazione nell'industria e una crescita moderata della domanda di lavoro nei servizi privati. Il consolidamento del comparto industriale sembra perdurare nel tempo anche se sono evidenti andamenti differenziati da settore a settore. La filiera dei prodotti delle tecnologie alimentari accentua il suo peso sull'economia della provincia essenzialmente grazie alle positive prospettive di crescita dei settori meccanici e delle lavorazioni dei minerali non metalliferi, alla espansione del comparto dei prodotti in legno e delle industrie della gomma e delle materie plastiche.

Nell'ambito del terziario viene confermata la relativa stasi delle attività commerciali e un modesto incremento dei servizi turistici e dei trasporti. Sembra invece terminata la fase espansiva dei servizi per il secondario (credito, assicurazioni e servizi alle imprese). Registrano invece una notevole espansione l'insieme dei servizi alla persona: oltre il 38% dei nuovi posti di lavoro previsti nel settore terziario è, infatti, attribuibile a questi comparti.

E' interessante osservare che nella maggioranza dei settori sia dell'industria che del terziario la domanda di lavoro si orienta prevalentemente verso figure professionali con bassa qualificazione e con titolo di studio non superiore alla terza media: oltre il 70% delle nuove assunzioni riguarderanno operai specializzati, conduttori di impianto e personale non qualificato. Questa percentuale (a cui

sono stati aggiunti gli addetti alla vendita) si avvicina al 60% nei comparti del terziario. L'incidenza dei nuovi occupati con grado di istruzione inferiore (istruzione e qualifica professionale o licenza media) risulta pari al 74% nell'industria e a poco più del 60% nel terziario. Non emergono significative differenze tra piccole e grandi imprese.

Anche il comparto agricolo è caratterizzato dai connotati di 'stabilità evolutiva' che si sono riscontrati nell'esame dei settori del secondario e del terziario. L'agricoltura parmense, in quanto componente rilevante della filiera alimentare, è condizionata dagli stessi fattori di cambiamento che hanno influenzato l'evoluzione degli altri comparti..

Si può comunque affermare che tra le funzioni di eccellenza che contraddistinguono il territorio parmense e ne organizzano la struttura, la filiera agro-alimentare costituisce, fuori di dubbio, la più emblematica. Tutti i tre gruppi economici nei quali la provincia (che in essi ospita quasi il 10% della occupazione nazionale) mostra significativi livelli di specializzazione (industria lattiero casearia, industria della lavorazione della carne e industrie alimentari diverse: industria pastaria e dolciaria) si presentano con una configurazione spaziale che sottolinea la dimensione interprovinciale del sistema ed in particolare il suo allineamento lungo l'asse della via Emilia, da Parma a Modena, ossatura di quello che è il più significativo sistema agro-alimentare italiano, uno dei maggiori a scala continentale.

■ ***I servizi di scala sovracomunale***

Per la definizione dell'articolazione insediativa è rilevante il ruolo che i diversi comuni svolgono all'interno del territorio provinciale nel campo dei servizi. I servizi sono raggruppati secondo 4 settori funzionali; rispetto all'offerta di servizi i comuni sono suddivisi in quattro livelli (comuni che presentano una consistente concentrazione di servizi, tanto da rivestire un ruolo per l'intera area provinciale, comuni che in buona parte dei servizi indagati sono di riferimento per i centri immediatamente limitrofi, comuni che presentano una significativa dotazione base in tutti i servizi, comuni che presentano una scarsa o assente dotazione di servizi sovra comunali). Da questa descrizione sulla diffusione dei servizi nel parmense si è così potuto ricavare un parametro significativo per la definizione dell'armatura urbana e della gerarchia fra i centri, anche in relazione agli obiettivi di riequilibrio e diffusione delle possibilità di sviluppo che stanno alla base del P.T.C.P.

■ ***Servizi per le Attività Produttive***

Da una analisi della dotazione per comune, oltre al ruolo predominante di Parma capoluogo, emerge una concentrazione di offerta di servizi lungo la fascia pedemontana ed in particolare a Collecchio, che per le attività più innovative si posiziona su livelli comparabili od addirittura superiori a Fidenza, comunemente riconosciuto come secondo comune della provincia per dotazione di servizi.

Se si limita la lettura ai singoli settori (Servizi connessi all'agricoltura, Intermediazione finanziaria, Informatica e attività connesse, Consulenza professionale, Trasporto merci e attività connesse), oltre ai comuni sopra ricordati, si distinguono alcuni comuni posti lungo la via Emilia nel campo dei

trasporti, ed alcuni comuni della Bassa ovest, come Busseto e Soragna, per dotazione **di servizi** all'agricoltura.

■ ***Servizi per la Persona***

La valutazione sui servizi alla persona esistenti è stata articolata incrociando la dimensione del servizio offerto con alcuni indicatori di tipo qualitativo. Il diverso rango dei comuni è più direttamente riconducibile alla dimensione demografica degli stessi, anche se in alcuni casi sono osservabili dei forti scostamenti da questa proporzionalità, come per Borgo Val di Taro, Busseto e S. Secondo, per ragioni riconducibili alla specifica collocazione geografica e al ruolo che questi centri hanno storicamente rivestito.

■ ***Servizi per il Turismo***

Da una lettura dei dati disponibili emergono, all'interno della provincia di Parma, due aree particolarmente dotate di servizi al turismo in corrispondenza dei centri di Salsomaggiore Terme e Parma, servizi che sono diffusi anche in alcuni dei comuni di cintura ai primi due centri come Fidenza, Medesano e Monticelli. All'interno dell'area montana, seppur con dotazioni alquanto inferiori, è possibile riconoscere due ulteriori polarità di buon livello nell'Appennino orientale a Tizzano Val Parma e nella Val Taro nei comuni di Bedonia e Tornolo.

■ ***Istituzioni e Associazioni***

La presenza di uffici decentrati dello stato o di enti locali sovracomunali, quali regione o provincia, è stato utilizzato quale principale indicatore sul ruolo che i comuni hanno rispetto ai diversi ambiti di gestione della pubblica amministrazione. Insieme alle istituzioni pubbliche, sono state rilevate le associazioni private esistenti, che con la loro funzione organizzativa e di assistenza agli iscritti, rappresentano un'altra importante informazione sull'articolazione territoriale dei servizi.

Se si osservano i dati per comune emerge una gerarchia abbastanza conosciuta. Oltre al ruolo prioritario di Parma, si riscontra una discreta dotazione a Fidenza e Borgo Val di Taro, mentre Langhirano, centro tradizionale di riferimento per la Val Parma, non presenta una articolazione di istituzioni e associazioni comparabile con il capoluogo della montagna ovest.

La parte relativa alle ***Attrezzature sanitarie ed ospedaliere*** non è stata inserita in quanto strutturata con dati risalenti al 1999-2000, ormai ampiamente superati: Il Profilo di Comunità, parte integrante del presente documento, rappresenta al meglio una lettura aggiornata della situazione attuale e ne registra anche le modificazioni intervenute in questi ultimi anni a livello territoriale per i servizi stessi.

In termini generali, la *criticità principale* riguarda lo squilibrio territoriale e socio-economico ancora esistente all'interno del territorio provinciale, seppur significativamente ridotto rispetto al passato: le sue ricadute sul tessuto sociale risultano significative ed influiscono in misura rilevante sulla possibilità per tutti i cittadini di fruire dei servizi sociali e sanitari; l'uguaglianza nelle possibilità di accesso e l'equità rimangono obiettivi da raggiungere: per le misure da porre in atto tuttavia non può

essere fatto carico alla sola rete dei servizi ed al settore sociale nel suo insieme, ma occorrono interventi di riequilibrio complessivo.

7.9 AMBIENTE

IL PIANO PROV.LE PER LA TUTELA E RISANAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ARIA

Le azioni che il Piano prevede suddivise in “prescrizioni, direttive e indirizzi” sono rivolte a ridurre le emissioni inquinanti prodotte dalle tre principali fonti di inquinamento atmosferico quali la mobilità e i trasporti, il sistema insediativo, le attività produttive. Tra le principali linee d'intervento, suddivise in azioni strutturali e in azioni per la gestione delle emergenze, il Piano prevede indirizzi per la promozione del trasporto pubblico locale che riguardano l'accesso e l'utilizzo delle infrastrutture ferroviarie, la creazione di corsie preferenziali per il Trasporto pubblico su gomma, la razionalizzazione delle fermate. Altre misure riguardano la logistica urbana, la creazione di nuove piste ciclabili, l'adeguamento degli automezzi della P. A., l'istituzione di un coordinamento dei Mobility Managers, figure aziendali deputate alla pianificazione degli spostamenti dei propri dipendenti, e la progettazione della rete portante di trasporto collettivo su rotaia a livello provinciale. Rispetto alla pianificazione urbanistica e territoriale dei comuni, il Piano prevede l'emanazione di due direttive specifiche per i Comuni. La prima riguarda la modalità di redazione della Valutazione di Sostenibilità Ambientale dei Piani Strutturali Comunali: essa dovrà garantire che le scelte previste nei PSC non avranno ricadute negative sulla qualità dell'aria. La seconda darà indicazioni per la redazione dei Regolamenti Edilizi dei Comuni, per i contenimenti dei consumi di energia e con ricadute positive sulla qualità dell'aria. Inoltre per le opere ed gli impianti soggetti a V.I.A. e A.I.A., viene definito un nuovo principio: i nuovi impianti avranno l'obbligo, a fronte delle emissioni in atmosfera prodotte, di contemplare azioni dirette o indirette, a carico del proponente dell'opera, che permettano la riduzione delle emissioni nel proprio ambito territoriale, per compensarne gli effetti sull'ambiente.

IL PIANO PROVINCIALE DI TUTELA DELLE ACQUE

L'obiettivo finale è quello di raggiungere al 2016 lo stato di qualità “buono” per i corpi idrici significativi individuati sul territorio. Il Piano provinciale contiene misure e norme tese a garantire:

- 1) la conservazione della risorsa, limitandone il più possibile il degrado, lo sperpero e il deficit;
- 2) la razionalizzazione dell'uso della risorsa attraverso il risparmio e il riutilizzo applicato nei tre settori primari e idroesigenti: civile, industriale, irriguo;
- 3) il miglioramento nella gestione della risorsa, attraverso ben definiti piani di conservazione, che devono contenere un chiaro programma per il contenimento delle perdite in rete, ed

infrastrutture che siano in grado di garantire un efficiente servizio di pubblica utilità e senza sprechi;

- 4) l'adeguamento dei sistemi fognari e depurativi e le interconnessioni strutturali, mettendo in atto il principio di riduzione degli impatti puntuali ricadenti negli ambiti a più alta vulnerabilità,
- 5) la metodica applicazione del protocollo metodologico dei controlli sugli scarichi degli impianti di depurazione urbani superiori ai 2000 Abitanti Equivalenti;
- 6) l'affermazione del principio dell'uso plurimo della risorsa;
- 7) il riciclo della risorsa, soprattutto entro l'ambito industriale e il riuso delle acque reflue per l'irriguo;
- 8) la realizzazione di invasi, anch'essi ad uso plurimo, ubicandoli in aree golenali o lungo i percorsi dei canali irrigui; in particolare da destinarsi all'uso irriguo a fronte del deficit idrico estivo e quale riserva compensativa del deficit indotto dall'applicazione del Deflusso Minimo Vitale;
- 9) il ripristino dei volumi di invaso esistenti con soluzioni volte a non gravare il territorio di ulteriori costi ambientali, ma, piuttosto, aventi l'intento di riqualificare zone sottratte alle aree golenali, dando loro una valenza di estremo rilievo dal punto di vista idrologico, paesaggistico e ambientale;
- 10) ottimizzare la ricarica di falda nelle aree di conoide a fronte di una riduzione dei deflussi superficiali e dell'emungimento della falda per usi antropici;
- 11) disporre opportuni volumi finalizzati al graduale rilascio per il mantenimento in alveo delle portate minime stabilite per ciascun corso d'acqua principale.

IL PIANO PROVINCIALE GESTIONE RIFIUTI

Riguardo i rifiuti urbani, si individuano una serie di azioni volte al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

1. riduzione della produzione dei rifiuti: rallentare e annullare il trend di crescita procapite;
2. massimizzazione della raccolta differenziata: attraverso un'analisi territoriale delle migliori pratiche presenti è stato individuato come obiettivo raggiungibile per il 2012 il 56,4%;
3. massimizzazione della capacità di recupero di materia e di energia: per i flussi non intercettati tramite la raccolta differenziata: si prevede un ulteriore processo di selezione/trattamento che consenta il recupero di materia e la produzione di una frazione secca ad alto potere calorifico, da utilizzare come combustibile per un termovalorizzatore dedicato;
4. minimizzazione della pressione delle discariche: come conseguenza degli obiettivi precedenti il ruolo delle discariche verrà ad essere residuale sia dal punto di vista quantitativo (escluse le scorie del forno, vi confluirà non più del 21 % del rifiuto prodotto) che qualitativo (verranno utilizzate per flussi omogenei di rifiuti con bassi contenuti di sostanza organica);

5. autosufficienza provinciale per lo smaltimento: il sistema impiantistico previsto consentirà l'autosufficienza dell'ambito territoriale ottimale per quanto riguarda lo smaltimento e, attraverso un'adeguata localizzazione, consentirà la minimizzazione degli impatti dovuti al trasporto.

Il confronto con gli obiettivi di tutela ambientale fissati dagli strumenti internazionali evidenzia come le strategie individuate nel PPGR siano in linea con le indicazioni dello sviluppo sostenibile, in particolare per quanto riguarda il risparmio di risorse energetiche e di materie prime.

IL PIANO PER LA LOCALIZZAZIONE DELL'EMITTENZA RADIOTELEVISIVA

Il Piano censisce tutti i siti sparsi sul territorio provinciale nei quali sono installate antenne radiotelevisive, con un catasto di tutti gli impianti esistenti in provincia. Nel territorio provinciale sono installate 328 antenne radio e televisive dislocate in 79 siti distribuiti in 27 comuni. In tutti i siti sono state effettuate da parte di ARPA le rilevazioni dei campi elettromagnetici. I risultati sono stati confortanti in quanto non si sono rilevati superamenti, in prossimità di edifici destinati alla permanenza di persone, dei limiti di emissione elettromagnetica pari a 6 v/metro. Sono state individuate le aree di divieto per l'installazione di impianti radiotelevisivi, estendendo i divieti previsti dalla L.R. 30/2000, individuando ulteriori aree nelle quali non sarà più possibile installare antenne e individuando altresì distanze di rispetto particolarmente cautelative nei confronti di edifici residenziali o comunque destinati alla permanenza di persone per più di 4 ore giornaliere.

Per effetto del Piano i Comuni non possono più rilasciare autorizzazioni all'installazione di impianti in particolare nelle seguenti aree:

- sui tetti di edifici residenziali, scolastici, sanitari, di valore storico-architettonico, monumentale e di pregio storico testimoniale;
- nelle aree urbanizzate o urbanizzabili a prevalente funzione residenziale o per servizi collettivi;
- nelle aree destinate ad attrezzature sanitarie, assistenziali, scolastiche, sportive e nei parchi urbani;
- in una fascia di rispetto di 300 metri dal perimetro dei centri abitati e di 200 metri da strutture per l'infanzia, scolastiche e strutture sanitarie ed assistenziali;
- nelle zone di tutela naturalistica, nei parchi e riserve naturali esistenti e di progetto.

L'impianto normativo del Piano ha assunto il principio fondamentale della tutela della salute e dell'ambiente in modo del tutto prioritario. Dei 79 siti esistenti il Piano prevede per 42 siti la permanenza nelle attuali localizzazioni in quanto idonee, per 21 la conferma solo fino al 2010 mentre per 16 siti ospitanti 53 antenne la delocalizzazione immediata in quanto situati su tetti di edifici.

L'insieme delle misure sintetizzate evidenzia quale *criticità* del settore ambientale un elemento che può rivelarsi anche una notevole opportunità: la relativa difficoltà, in sede attuativa, di raggiungere gli obiettivi progettualmente definiti è direttamente connessa alla natura delle misure da porre in atto.

Trattandosi infatti di interventi complessivi che investono globalmente territorio, popolazione ed attività, necessitano di un concorso organicamente strutturato di soggetti e settori ottenibile solo con una reale integrazione delle politiche, non solo di scala provinciale, ma anche di livello locale . Il latente “stato di necessità” ambientale può pertanto contribuire in modo decisivo in tale direzione, superando settorialità e particolarismi ed promuovendo le sinergie auspiccate anche dal presente documento.

7.10 AGRICOLTURA E SVILUPPO ECONOMICO

Le attività di sviluppo rurale, implementate dal Servizio, sostengono un profilo di azienda agricola improntata alla multifunzionalità, ovvero un’azienda attraverso la quale si sviluppano servizi e funzioni che hanno chiari risvolti sociali, di preservazione e continuità del territorio, di integrazione e relazione sociale su territori abbandonati o in via di abbandono, di conservazione di attività desuete, cultura e sensibilità sociale. Il servizio svolge, inoltre, attività di educazione alimentare nelle scuole, educazione alimentare rivolta non solo alla riscoperta dei prodotti tipici e della biodiversità, ma anche ad informare ed educare ad una corretta alimentazione, in funzione preventiva rispetto ad eventuali episodi di disturbi alimentari. Le fattorie didattiche (nonché l’esperienza delle Fattorie Aperte) rappresentano, infine, occasione di attività sociale rivolta all’informazione in merito ad opportunità di lavoro e al recupero della presenza sul territorio. Entro il 30 novembre di ogni anno la Provincia, nell’ambito delle priorità fissate dalle linee programmatiche regionali, presenta i progetti di educazione alimentare ed orientamento ai consumi che vengono finanziate con la L.R. 15/97, la legge che trasferisce agli enti delegati le competenze in materia di agricoltura ed alimentazione: si tratta di progetti rivolti alla generalità dei cittadini e in particolare al mondo scolastico e alla terza età, che hanno contribuito ad aumentare la sensibilità della società civile sui temi dello sviluppo possibile ed equo per tutti.

7.11 COOPERAZIONE INTERNAZIONALE, UFFICIO EUROPA

Il servizio si occupa dello sviluppo delle relazioni internazionali e della cooperazione decentrata per il territorio della provincia di Parma. I suoi obiettivi principali sono la promozione della conoscenza delle politiche, dei programmi e delle opportunità offerte dall'Unione europea verso l'amministrazione provinciale, gli enti locali e le realtà socio-economiche del territorio. Le attività dell'Ufficio Europa e cooperazione internazionale, segnatamente per quanto riguarda le attività di cooperazione, è rivolta, inoltre, al sostegno delle organizzazioni non governative e senza fini di lucro che sviluppano attività di carattere eminentemente sociale e di solidarietà. L'obiettivo prioritario dell'attività dell'Ufficio Europa è quello di informare, orientare e sensibilizzare alla conoscenza di normative, politiche e programmi comunitari, al fine di favorire l'attivazione di un numero crescente di progetti inerenti i programmi comunitari, la creazione di una rete di collegamenti con gli attori socio-economici locali; tra le attività indicate può essere ricompreso lo scambio di buone prassi, tra paesi diversi, relativamente a progetti a valenza sociale. L'Ufficio Europa si rivolge a tutti i servizi interni alla Provincia nonché ai Comuni, agli Enti e alle imprese del territorio, agisce in stretta sinergia con tali destinatari, attivando un rapporto di collaborazione e ponendosi quale strumento al servizio delle esigenze, informative, formative e progettuali che essi esprimono.

Cap. 8 Gli investimenti nel triennio

8.1 INVESTIMENTI IN AREA SANITARIA E SOCIO-SANITARIA

Azienda Ospedaliero Universitaria.

Il Programma degli investimenti per il triennio, è stato elaborato tenendo conto di quanto è in corso di realizzazione e di quanto si prevede di completare e avviare durante l'esercizio corrente e nei prossimi anni, sia in attuazione del progetto per la realizzazione del Nuovo Ospedale di Parma che per il mantenimento delle strutture edili, degli impianti ed il rinnovo delle tecnologie esistenti.

□ **Ospedale dei Bambini**

Nel corso dell'esercizio 2008, a completamento delle procedure di affidamento dei lavori, verrà avviata la realizzazione del primo stralcio del Nuovo Ospedale dei Bambini (Ospedale di notte), che costituirà la sede delle funzioni dedicate alla donna, alla nascita, crescita e sviluppo del bambino. L'intervento verrà completato con la realizzazione di una nuova struttura, che conterrà "l'ospedale di giorno" e la maternità.

□ **Padiglione Barbieri**

Verranno completati i lavori previsti per la ristrutturazione del Padiglione Barbieri (Ospedale della Riabilitazione). L'Ospedale della Riabilitazione, collocato all'interno del Padiglione Barbieri, oltre alle funzioni già trasferite in tale sede (Neurologia, Lungodegenza e Radiologia) verrà integrato, dopo completa rifunionalizzazione, dalle funzioni di Pneumologia e Riabilitazione, comprensive delle degenze intensive ed estensive e dell'area ambulatoriale. In tal modo verranno trasferite in una unica sede, dotata di un miglior comfort alberghiero e di tecnologie all'avanguardia, tutte le attività oggi allocate presso il Padiglione Rasori.

□ **Piastra IV lotto**

Nel complesso del nuovo Ospedale, tra l'Ala A e il Centro del Cuore, verrà realizzato un'ulteriore edificio, denominato Piastra IV lotto, destinato a contenere prioritariamente le funzioni attualmente allocate nei Padiglioni, così da completare il processo di trasferimento dei reparti nelle nuove strutture, progettate e realizzate con particolare attenzione agli aspetti funzionali di efficienza e di qualità alberghiera. Entro la fine dell'anno saranno espletate le procedure di affidamento e nella primavera del 2009 inizieranno tali lavori.

□ **Padiglione Braga**

Verranno ultimati i lavori di ristrutturazione del Padiglione Braga, che porteranno alla realizzazione del Polo per l'assistenza psichiatrica in fase acuta, che accoglierà in una sede unificata tutte le funzioni (di ricovero ordinario, di day hospital e a ambulatoriali) del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura e della Psichiatria.

□ **Pronto Soccorso**

Verranno completati i lavori per la realizzazione del nuovo Pronto Soccorso, che prevedono l'ampliamento di zone differenziate per l'attesa dei pazienti, l'ampliamento dell'area dedicata alle funzioni di triage infermieristico e degli ambienti di accettazione e di trattamento dei pazienti in urgenza. Nel nuovo pronto soccorso vi saranno ambienti dedicati all'Osservazione Breve Intensiva (OBI), che permetterà di ai pazienti che arrivano al pronto soccorso e che possono essere immediatamente dimessi, un percorso diagnostico terapeutico breve, alternativo al ricovero in degenza ordinaria.

Analogamente, anche l'area critica del Pronto Soccorso, ovvero l'area dedicata alla gestione dei pazienti ad alta intensità di cura, verrà potenziata e dotata dei sistemi tecnologici e di supporto più avanzati.

□ **Centro Poliambulatoriale**

Verrà realizzato il nuovo Centro Poliambulatoriale, strutturato in modo da poter accogliere oltre alle funzioni ambulatoriali anche i settori dedicati alla gestione clinica e assistenziale dei pazienti oncologici.

□ **Centro Senologico**

Nelle immediate vicinanze del Centro Senologico dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, operativo dal marzo 2007, verrà trasferito, dopo i necessari interventi di ristrutturazione, il Centro dello screening della mammella dell'AUSL di Parma. In tal modo verranno integrate strutturalmente e funzionalmente le funzioni di 1° e 2° livello per la prevenzione, la diagnosi e il trattamento della patologia della mammella. In tale sede sono garantite tutte le tecnologie più moderne (ecografi, mammografi digitali, mammotone) e tutte le professionalità (oncologi, radiologi, chirurghi, plastici, radioterapisti, anatomico-patologici, ecc.) necessarie per una gestione integrata delle pazienti.

□ **Polo dei Laboratori**

Un ulteriore significativo intervento è quello di realizzazione del Polo dei Laboratori. La strategia perseguita è quella di superare l'attuale frazionamento dell'attività svolta in più sedi, realizzando un unico contenitore per tutte le funzioni di laboratorio, allineando così la struttura alle più recenti realizzazioni nazionali e internazionali.

□ **Settore Radiologico e Neuroradiologico**

E' prevista la ristrutturazione del settore Neuroradiologico, finalizzata a sviluppare ed espandere l'attività di radiologia e di neuroradiologia interventistica, che prevede un intervento strutturale di acquisizione di nuove tecnologie e di riorganizzazione delle attività. In particolare, è stato programmato il rinnovo delle due diagnostiche angiografiche (monoplano e biplano digitali) e l'inserimento di una sala operatoria digitale integrata per l'esecuzione delle attività di radiologia interventiva. L'attività di radiologia interventistica comprende tutte le procedure invasive o mini invasive diagnostico terapeutiche, effettuate tramite la guida e il controllo delle metodiche

radiologiche, quali fluoroscopia digitale, tomografia computerizzata ed ecografia. Si ritiene che tali attività debbano trovare una forte coagulazione in unico punto di riferimento strutturale e che debbano essere coordinate e gestite nell'ambito di percorsi integrati, in cui siano coinvolte le diverse professionalità, al fine di creare un team multidisciplinare, che operi nell'ambito di una precisa organizzazione a garanzia delle prestazioni erogate, dei percorsi diagnostico terapeutici dei pazienti, della gestione dei turni e del monitoraggio dell'attività.

□ **Medicina Nucleare**

La U.O. Medicina Nucleare verrà ristrutturata e dotata di nuove ed avanzate tecnologie, affinché le attività di diagnostica mediante radioisotopi nel campo della patologia cardiaca, oncologica e cerebrale, possano divenire un'area di eccellenza, sia per le attività assistenziali che per quelle correlate alla ricerca

Oltre alle strutture sanitarie, rivestono particolare importanza gli accessi all'area ospedaliera, per consentire l'accoglienza e l'orientamento degli utenti nella complessa struttura ospedaliera. E' per questo motivo che è in corso uno studio di fattibilità per modificare l'ingresso carrabile e pedonale su via Abbeveratoia e la realizzazione della nuova "Struttura polifunzionale di accesso e orientamento". Tale struttura avrà due compiti fondamentali, il primo è quello di soddisfare la domanda di sosta mediante un parcheggio sotterraneo, multipiano capace di ospitare all'incirca 1.000 posti auto, e il secondo di creare un ambito in cui indirizzare l'utenza verso la struttura desiderata, in un ambiente confortevole e quindi dotato di spazi commerciali, direzionali, di accoglienza e capace di ospitare allestimenti temporanei. In tal modo verrà creata un'area che fungerà da trait-d'union tra l'esterno e l'Ospedale.

Sempre in questa direzione è ormai ultimato il progetto di riorganizzazione dell'ingresso dell'area nord del padiglione Centrale (già Monoblocco). In questo modo verrà completato l'accesso al poliblocco, realizzando una struttura che consentirà il miglioramento dei percorsi verso il nuovo ospedale. La nuova struttura prevede la realizzazione di una galleria coperta che permetterà l'attraversamento dell'attuale pavimentazione per il raggiungimento al primo piano dei reparti, al riparo dagli agenti atmosferici, e concretizzerà quella semplicità di accesso ai visitatori, ai parenti e agli utenti che provengono sia dall'interno dell'Azienda che dall'ingresso di via Abbeveratoia.

Il Programma di acquisizione delle tecnologie tiene conto delle necessità per il nuovo ospedale e delle esigenze di rinnovo delle tecnologie e degli arredi esistenti. Si caratterizza per l'acquisizione di tecnologie innovative di alta e altissima complessità, in quanto la caratteristica dell'ospedale ad alta specializzazione comporta la necessità di disporre di una dotazione di apparecchiature biomediche a contenuto tecnologico elevato e, conseguentemente rilevanti investimenti. L'obiettivo di erogare prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di alto impatto assistenziale è strettamente connesso al livello quali-quantitativo della dotazione tecnologica complessiva ed del relativo

programma per il mantenimento ed il controllo della qualità funzionale dei dispositivi medici a livelli di eccellenza.

Di grande impatto tecnologico, sono gli interventi di integrazione e completamento previsti per il settore della diagnostica per immagini. Uno degli investimenti più rilevante è relativo all'acquisizione di una nuova Risonanza Magnetica 3 Tesla di ultimissima generazione. Inoltre è previsto l'aggiornamento delle Radiologie Ortopediche e Pronto Soccorso con sostituzione delle attuali diagnostiche analogiche con le quelle la tecnologia DR.

Un investimento di notevole rilevanza nel campo della terapia è la sostituzione del vecchio Acceleratore lineare per la Radioterapia, al fine di adeguare lo stato tecnologico agli attuali standard di qualità dell'arte.

Nell'ambito del CICT (Clinica I Information e Communication Technology) il piano degli investimenti prevede inoltre :

- ✓ l'aggiornamento ed ampliamento del PACS/RIS aziendale con predisposizione ed attivazione dei nodi per la Nuova Medicina Nucleare, Nuove TAC cardio e Pronto Soccorso, Centro del Cuore, TC/PET, Nuova Risonanza 3T, Telepatologia, Teleoftalmologia, Ospedale dei Bambini e nuovo collegamento informatico strutturato con Centro Borgo delle Colonne,
- ✓ l'attivazione del progetto Global PACS Aziendale consistente nell'integrazione del PACS/RIS aziendale con la Gestione Immagini Chirurgiche/ Endoscopiche/ Ecografiche con integrazione logico-funzionale e che prevede la realizzazione di una infrastruttura capace di supportare la videocomunicazione a livello aziendale per la gestione di flusso audio e video dalle sale operatorie a scopi didattici e di archiviazione e soluzioni di telemedicina
- ✓ l'attivazione di un progetto per l'adozione della cartella clinica elettronica, con avvio sperimentale di una prima tranche presso delle UU.OO pilota

Sul versante infrastrutturale delle tecnologie informatiche è prevista la realizzazione di un “piano regolatore dell'informatica e della telefonia”, che si è anch'esso sviluppato e realizzato a stralci secondo le unità di intervento del Nuovo Ospedale.

Il sistema informativo progettato, consentirà:

- la visualizzazione ad ogni operatore delle informazioni cliniche ed amministrative di cui avrà bisogno per la gestione del caso, indipendentemente da dove queste siano state prodotte ed archiviate;
- l'utente (cittadino/paziente) e i medici di medicina generale potranno accedere alla documentazione sanitaria anche attraverso i canali internet;
- il passaggio a sistemi paperless;
- lo scambio di informazioni “ospedale – territorio”;

- l'integrazione con le altre Aziende Sanitarie, principalmente con l'AUSL di Parma e con i professionisti sul territorio;

Il sistema sarà realizzato con i più avanzati standard tecnologici, seguendo le linee guida definite per i sistemi aperti e di cooperazione applicativa. In tal modo saranno garantiti:

- lo scambio di informazioni con tutti gli attori coinvolti nel processo di cura
- l'interoperabilità dei moduli software preesistenti
- la sicurezza delle informazioni gestite
- l'evoluzione, la scalabilità e l'espandibilità
- la massima sicurezza del sistema: ridondanza, affidabilità, disponibilità e privacy.

Investimenti triennio 2008-2010	
Descrizione intervento	Investimento
Ospedale dei Bambini: struttura, arredi e attrezzature	28.700.000
Ospedale della Riabilitazione (Padiglione Barbieri): struttura, arredi e attrezzature	11.500.000
Poliblocco IV lotto: struttura, arredi e attrezzature	9.800.000
Polo della Psichiatria (Padiglione Braga): struttura, arredi e attrezzature	6.734.000
Nuovo Pronto Soccorso: struttura, arredi e attrezzature	16.643.000
Centro Poliambulatoriale: struttura e attrezzature	3.640.000
Polo dei Laboratori: struttura	8.000.000
Neuroradiologia: struttura e attrezzature	3.000.000
Medicina Nucleare	4.400.000
Risonanza Magnetica 3 Tesla	3.000.000
Acceleratore lineare per la Radioterapia	3.300.000
PACS/RIS cardiologico	120.000
Totale investimenti	98.837.000

Azienda Unità Sanitaria Locale.

Gli investimenti che l'Azienda USL di Parma affronterà nel prossimo triennio sono riportati in maniera dettagliata nel Piano Programmatico 2008-2010 e nel Bilancio Pluriennale di Previsione 2008-2010, alle cui tabelle si rimanda, per un ammontare complessivo di 31.664.000,00 €; di seguito si specificano gli interventi più significativi ed a valenza strategica :

1. Polo Pediatrico Territoriale di Parma – Importo complessivo € 8.202.208,00 (IVA e spese generali comprese)

Il Progetto prevede l'accorpamento in un unico centro di vari servizi afferenti all'area materno infantile (Salute Donna, Pediatria di Comunità e Neuropsichiatria Infantile) con la prospettiva di arrivare alla definizione di un “percorso sanitario” completo ed integrato nel quale il bambino rappresenta il punto centrale, dal momento del concepimento fino all'adolescenza.

2. Elisuperficie e parcheggio per autoveicoli a servizio per l'Ospedale “Santa Maria” di Borgotaro – Importo complessivo € 700.000,00 (IVA e spese generali comprese)

La realizzazione del Progetto consentirà l'atterraggio diurno di elicotteri di soccorso con un ingombro non superiore ai 18 m, migliorando la rete dei trasporti in situazioni di emergenza; inoltre la realizzazione di un parcheggio a cielo libero risolverà la ormai critica situazione dei parcheggi dell'area in oggetto, migliorando l'accessibilità alla più importante struttura sanitaria del Distretto.

3. Poliambulatori di Fornovo e Collecchio e Ambulatori di Medesano - Importo complessivo € 861.877,00 (IVA e spese generali comprese)

Con questi interventi viene portata a completamento e potenziata la struttura dell'offerta provinciale per l'erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale, a garanzia dell'autosufficienza territoriale per i Distretti di riferimento.

4. Ristrutturazione delle Residenze Psichiatriche “I Maggio” di Colorno, “La Fattoria di Vigheffio” e adeguamento della Residenza Psichiatrica a Trattamento Intensivo “F. Santi” di Parma – Importo complessivo € 2.000.000,00 (IVA e spese generali comprese)

Questo intervento rientra nel processo di miglioramento intrapreso nei percorsi di cura e delle condizioni di vita degli utenti in carico al Dipartimento di Salute Mentale.

5. Realizzazione nuova sede SERT del Distretto di Parma - Importo complessivo € 800.000 (IVA e spese generali comprese)

L'intervento si inserisce nel programma di sviluppo e razionalizzazione dei servizi e dei percorsi sanitari offerti alla città di Parma.

6. Progetto di logistica integrata di Area Vasta - Importo complessivo € 1.540.000 (IVA e spese generali comprese)

Questo intervento porterà alla realizzazione di un magazzino farmaceutico per la gestione unificata ed integrata dei farmaci e dei beni sanitari in Area Vasta (Parma, Piacenza, Reggio-Emilia e Modena) ottimizzando i percorsi.

7. Investimenti per ordinaria sostituzione di apparecchiature elettromedicali - Importo complessivo € 5.592.850,46 (IVA e spese generali comprese)

A sostegno delle attività sanitarie e della innovazione delle attrezzature nei Distretti e nei Presidi Ospedalieri Aziendali.

8. Digitalizzazione delle apparecchiature mammografiche - Importo complessivo € 1.916.000,00 (IVA e spese generali comprese) e delle apparecchiature radiologiche - Importo complessivo € 3.636.000,00 (IVA e spese generali comprese)

La finalità prioritaria del progetto consiste nel creare un sistema omogeneo ed integrato di gestione, archiviazione, trasmissione e visualizzazione delle immagini radiologiche prodotte dalle U.O. di Radiologia e di Mammografia attive sul territorio provinciale, migliorando la sicurezza per il paziente, l'efficienza di gestione e rendendo possibile lo sviluppo di percorsi per la refertazione remota delle immagini.

Il progetto prevede :

- o l'acquisizione di un Tomografo Assiale Computerizzato (Vaio), una Risonanza Magnetica (Borgotaro) e una Apparecchiatura Diagnostica Telecomandata Digitale (Vaio);
- o l'acquisizione di un Mammografo Digitale per il Centro Senologico "Bagnasco";
- o l'acquisizione di sistemi CR per la conversione delle radiografie tradizionali in immagini digitali da installarsi nelle sedi di Vaio, Borgotaro e San Secondo P.sa;

8.2 INVESTIMENTI IN AREA SOCIALE

Attraverso il combinato disposto della L.R. 2/03, artt. 29 e 48 e della L.R. 5/2004, art. 10 c. 2).

La Regione ha recentemente disposto l'attivazione di contributi in conto capitale per spese di investimento finalizzate a sostenere :

- Spese di costruzione;
- Spese di ristrutturazione;
- Spese di acquisto immobili destinati a da destinare a strutture socio-assistenziali e socio-sanitarie.

IL PERCORSO DI FINANZIAMENTO SI STA SVOLGENDO:

- 1_ La CTSS ha individuato le aree e le tipologie di intervento prioritarie e le ha trasmesse ai Comitati di Distretto;
- 2_ I Comitati di Distretto hanno individuato, a livello zonale, aree e tipologie di intervento prioritarie tenendo conto delle indicazioni di Regione e CTSS e del fabbisogno territoriale, in tempo utile al loro inserimento nel Programma Attuativo Annuale 2008;
- 3_ La CTSS individua, per ciascun canale di finanziamento, gli interventi da proporre alla Regione per l'ammissione al finanziamento;
- 4_ La Giunta regionale verifica la completa copertura finanziaria e delibera il finanziamento.

QUADRO DELLE RISORSE ASSEGNATE ALLA PROVINCIA DI PARMA

	risorse indicativamente assegnate destinate esclusivamente a Enti Locali e Ausl	risorse indicativamente assegnate senza vincolo di destinazione (ammissibili tutte le tipologie di destinatari, es: ASP, privato sociale,)	risorse indicativamente assegnate destinate esclusivamente a Enti Locali e Ausl per immigrazione
livello provinciale	1.674.391,18	1.576.149,89	506.934,40
risorse totale	3.250.541,07		506.934,40

I vincoli riguardano l'aspetto del cofinanziamento, che deve essere pari al 50% del costo del progetto, e la presenza delle seguenti condizioni:

- a. Costo di ogni progetto non inferiore a € 200.000 complessivi;
- b. Il beneficiario deve sostenere quanto non coperto dal contributo regionale;
- c. Dimostrazione preventiva della piena fruibilità della struttura, al completamento dell'intervento.

Le priorità regionali riguardano l'esigenza di:

- adeguare delle strutture esistenti alle normative vigenti;
- favorire la permanenza al domicilio delle persone di cui all'articolo 5, co. 4, lettera b)

- fornire risposte di accoglienza per persone prive dei necessari supporti familiari ed in condizione di povertà estrema e senza fissa dimora, o minacciate o vittime di violenza ed abuso;
- fornire risposte di accoglienza e occasioni di socializzazione per il sollievo ed il sostegno alle famiglie nei compiti di cura di persone in condizione di non autosufficienza;
- realizzare centri di accoglienza e alloggi secondo quanto previsto dall'art.40 commi 2,3,4 del T.U. di cui al D.Lgs 286/98.

Per le aree di intervento sono state definite a livello regionale:

Area minori, gestanti, donne sole con figli, donne maltrattate anche in attuazione della deliberazione di Giunta regionale 11 giugno 2007, n. 846:

- costruzione, ristrutturazione e acquisto di immobili o unità familiari per l'accoglienza semiresidenziale o residenziale dei minori.
- costruzione, ristrutturazione e acquisto di immobili o parte di essi per l'accoglienza di donne sole con figli o di donne minacciate o vittime di violenza ed abuso

Area disabili:

- realizzazione e adeguamento di centri socio-riabilitativi residenziali e diurni nelle zone in cui tali servizi sono sottodimensionati;
- realizzazione di strutture residenziali a minore intensità assistenziale per persone con disabilità "medio gravi", per progetti di vita indipendente o per accoglienza temporanea anche a persone che non necessitano di presa in carico sulle 24 ore;
- realizzazione di "centri diurni socio-occupazionali" per persone con disabilità "medio gravi" che non possono accedere in modo temporaneo o definitivo al lavoro.

Area povertà ed esclusione sociale:

- acquisto, realizzazione, ampliamento e adeguamento di strutture che svolgono funzioni di accoglienza ed erogazione di servizi.

Area immigrazione straniera:

- realizzazione di Centri di accoglienza per rispondere alle immediate esigenze alloggiative, finalizzati a favorire in tempi brevi il superamento della fase di emergenza ed assistenza ed a rendere autosufficienti gli stranieri ivi ospitati;
- realizzazione di alloggi sociali per favorire il superamento della fase di emergenza ed assistenza attraverso la predisposizione di strutture alloggiative, aperte ad italiani e stranieri, finalizzate ad offrire una sistemazione abitativa a pagamento.

Area anziani:

- realizzazione di strutture polivalenti destinate all'aggregazione e/o a servizi di prossimità a bassa soglia, centri diurni, alloggi con servizi con le caratteristiche individuate dalla Del. GR 270/2000;
- ristrutturazione e adeguamento delle strutture residenziali esistenti.

La CTSS deve garantire il riequilibrio territoriale, sia in termini di risorse finanziarie, sia in termini di distribuzione dei servizi e delle strutture, definendo:

- criteri omogenei per l'ambito territoriale di riferimento per l'individuazione delle aree e delle tipologie di intervento prioritario degli ambiti distrettuali, tenendo conto della attuale dotazione di servizi e di offerta per tipologia di servizio ed area di intervento e dei bisogni rilevati;
- le aree e le tipologie di interventi, tra quelli indicati tra le priorità, che per le caratteristiche del territorio e della tipologia e frequenza del bisogno motivano servizi e strutture con un bacino di riferimento sovradistrettuale;
- una indicazione di massima delle risorse attribuibili ai singoli ambiti distrettuali, sulla base della popolazione residente, dell'attuale offerta dei servizi, delle necessità di riequilibrio territoriale e tenendo comunque conto di possibili progetti di ambito sovradistrettuale.

Le aree prioritarie e le tipologie di intervento, come definite a livello zonale, sono riportate ed approvate nel Piano attuativo annuale 2008.

BISOGNI E PRIORITA'

La Conferenza Territoriale e Sanitaria, sulla base della lettura del sistema dei servizi e dei fenomeni che stanno caratterizzando il tessuto sociale territoriale negli ultimi anni, ha individuato quali prioritari i seguenti ambiti di intervento:

Area minori, gestanti, donne sole con figli, donne maltrattate anche in attuazione della deliberazione di Giunta regionale 11 giugno 2007, n. 846:

- ⇒ costruzione, ristrutturazione e acquisto di immobili o unità familiari per l'accoglienza semiresidenziale o residenziale dei minori.

Negli ultimi anni si è assistito all'accentuarsi di alcuni fenomeni che connotano sempre di più il panorama sociale. Rispetto al contesto familiare i principali fattori che evidenziano una progressiva fragilità dei nuclei sono riconducibili in via generale ai seguenti fenomeni: aumento della conflittualità di coppia, incremento dei nuclei monogenitoriali e delle famiglie unipersonali, impoverimento delle reti sociali e parentali. Appare evidente pertanto come tutto ciò richieda, oltre a una metodologia di lavoro omogenea da parte dei servizi, soprattutto l'individuazione di reti per l'accoglienza capaci di rispondere in maniera adeguata e tempestiva alle necessità del territorio. In tutti e quattro i distretti emerge la

necessità di implementare la rete dei servizi di accoglienza sia a livello familiare (famiglie affidatarie e comunità familiari) che strutturale (comunità educative). Dopo un calo nell'anno 2005, nel 2006 si assiste ad un aumento dei minori collocati fuori dalla propria famiglia (+54 rispetto al 2005 e + 31 rispetto al 2004), che in totale risultano essere ben 275 nella nostra provincia.

Nel 2006 si conferma il trend delle situazioni che hanno richiesto un intervento di allontanamento in emergenza dal contesto di vita familiare di minori in situazioni di grave pregiudizio: sono 108 nell'anno 2006, con un aumento notevole rispetto all'anno precedente (+ 27) ed ancor di più rispetto al 2004 (+ 31). Si assiste, insieme ad un lieve incremento nel numero totale dei casi dell'incidenza dei minori stranieri non accompagnati (che rimangono nei vari anni la tipologia maggiormente rappresentata, sempre oltre il 50% del totale degli allontanamenti), anche ad un aumento dei casi che evidenziano un deficit del nucleo familiare d'origine del minore e ad una mancanza delle reti parentali e amicali di supporto.

⇒ costruzione, ristrutturazione e acquisto di immobili o parte di essi per l'accoglienza di donne sole con figli o di donne minacciate o vittime di violenza ed abuso

Rispetto alle donne vittime di abuso, i dati, che non rappresentano il complesso del fenomeno a livello provinciale ma si riferiscono alle donne che si sono rivolte spontaneamente, per la prima volta, al Centro Antiviolenza indicano, tuttavia, molto chiaramente che si tratta di un fenomeno in continua espansione.

ANNO	N° DONNE ACCOLTE (che hanno subito violenza)	NAZIONALITA' DONNE ACCOLTE		RESIDENZA DONNE ACCOLTE		
		Italiane	Non italiane	Città	Provincia	Altre Province/Regioni
2004	92	63	29	46	38	6
2005	104	74	29	59	36	7
2006	138	94	44	63	59	9

Fonte dati: Associazione Centro Antiviolenza Parma

I casi rilevati evidenziano in particolare che le donne subiscono abusi e maltrattamenti soprattutto da parte di componenti del nucleo familiare: da qui l'esigenza di allontanamento dal contesto domestico e la richiesta di strutture di accoglienza che oggi, nel territorio provinciale, sono presenti in misura insufficiente rispetto al bisogno evidenziato.

Area disabili:

- realizzazione e adeguamento di centri socio-riabilitativi residenziali e diurni nelle zone in cui tali servizi sono sottodimensionati;
- realizzazione di strutture residenziali a minore intensità assistenziale per persone con disabilità "medio gravi", per progetti di vita indipendente o per accoglienza temporanea anche a persone che non necessitano di presa in carico sulle 24 ore;
- realizzazione di "centri diurni socio-occupazionali" per persone con disabilità "medio gravi" che non possono accedere in modo temporaneo o definitivo al lavoro.

Dalla lettura dei Piani di Zona emerge come esigenza prioritaria la necessità di una maggiore integrazione tra i diversi servizi (trasporti, istruzione, lavoro, servizi sanitari). Rispetto alle strutture un tema già fortemente in risalto e considerato molto importante dai territori, è quello esplicitato con la definizione “Dopo di noi”, che prevede vari interventi con diversi fattori tra loro strettamente connessi:

- assicurare l'accudimento e possibilità residenziali dignitose per il momento in cui i genitori non ci saranno più;
- sostenere progetti di vita indipendente con servizi residenziali a bassa e media intensità assistenziale (es. gruppi appartamento o progetti individuali di autonomia abitativa);
- promuovere l'autonomia e la possibilità di vivere da soli.

Area povertà ed esclusione sociale:

- acquisto, realizzazione, ampliamento e adeguamento di strutture che svolgono funzioni di accoglienza ed erogazione di servizi.

Area immigrazione straniera:

- realizzazione di Centri di accoglienza per rispondere alle immediate esigenze alloggiative, finalizzati a favorire in tempi brevi il superamento della fase di emergenza ed assistenza ed a rendere autosufficienti gli stranieri ivi ospitati;
- realizzazione di alloggi sociali per favorire il superamento della fase di emergenza ed assistenza attraverso la predisposizione di strutture alloggiative, aperte ad italiani e stranieri, finalizzate ad offrire una sistemazione abitativa a pagamento.

La lettura dei Piani di Zona 2005-2007 (ed in particolare del Programma attuativo 2007) ed il confronto con gli operatori, referenti di area distrettuali, evidenzia la necessità di individuare nuovi strumenti che facilitino soluzioni abitative e di potenziare (in termini quantitativi) e qualificare l'attuale rete di accoglienza in relazione in particolare a specifici target (richiedenti asilo, donne sole, nuclei familiari, etc.). Emerge una carenza sia in relazione

alla prima che alla seconda accoglienza: a fianco delle strutture dedicate all'utenza straniera, anche quelle rivolte in generale ad un target adulto risultano, infatti, per la gran parte occupate da cittadini immigrati.

L'esigenza di centri di prima accoglienza è particolarmente sentita nei comuni di Parma e di Fidenza, comuni che, per collocazione geografica, opportunità lavorative, di trasporti, di servizi, attirano buona parte dei cittadini stranieri di primo arrivo nel territorio provinciale. La realizzazione quindi di soluzioni abitative temporanee, in particolare dormitori, rappresenta in tali contesti un'opportunità importante per rispondere alle immediate esigenze alloggiative dello straniero immigrato favorendo il superamento della fase di prima emergenza, spesso caratterizzata dall'impossibilità di provvedere autonomamente ai bisogni primari.

Area anziani:

- realizzazione di strutture polivalenti destinate all'aggregazione e/o a servizi di prossimità a bassa soglia, centri diurni, alloggi con servizi con le caratteristiche individuate dalla Del. GR 270/2000;
- ristrutturazione e adeguamento delle strutture residenziali esistenti.

Rispetto all'area anziani non si ritiene opportuno segnalare aree di intervento in quanto a livello provinciale è già stato raggiunto il parametro del 3% per le strutture residenziali (requisito necessario per la realizzazione di nuove strutture). Per ciò che concerne le altre tipologie di intervento sono già in atto progettazioni da parte dei territori finanziate dalle risorse del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza.

FONDO SOCIALE REGIONALE INCREMENTO NEL TRIENNIO

2006*	2007	2008**
€ 55.452.045,61	€ 75.747.349,15	€ 95.518.214,22

* Nel 2005 il Fondo Nazionale per le Politiche Sociali è stato ridotto del 50%, la Regione lo ha integrato con risorse proprie -nel trasferimento ai territori- per contenere il taglio al 30%.

** Sono compresi il Fondo Politiche della famiglia, il Piano straordinario servizi socio-educativi, il Fondo Nazionale per le non autosufficienze.

RISORSE REGIONALI COMPLESSIVE

FONDO SOCIALE REGIONALE E FONDO REGIONALE NON AUTOSUFFICIENZA

	2006	2007	2008*
Distretto di Parma	€ 12.315.521,11	€ 16.167.629,43	€ 16.733.603,75
Distretto di Fidenza	€ 6.259.696,59	€ 8.543.698,39	€ 8.925.989,84
Distretto Sud-Est	€ 4.568.913,74	€ 6.152.840,98	€ 6.366.438,72
Distretto Valli Taro e Ceno	€ 3.928.842,20	€ 5.245.265,95	€ 5.412.989,90
TOTALE	€ 27.072.973,64	€ 36.109.434,75	€ 37.439.022,21

* Dato non ancora definitivo

Spesa sociale - Consuntivo 2006

Fonte: Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati – Anno 2006

Elaborazione: Osservatorio Provinciale Politiche Sociali

Ambito territoriale	Importo Spesa	di cui Contributo Utenti	di cui Contributo SSN
Distretto di Parma	€ 54.091.509	€ 6.453.032	€ 3.262.839
Distretto di Fidenza	€ 17.205.699	€ 4.349.763	€ 917.766
Distretto Sud-Est	€ 11.972.411	€ 2.012.165	€ 507.351
Distretto Valli Taro e Ceno	€ 8.460.619	€ 2.592.539	€ 1.378.138
Totale complessivo	€ 91.730.238	€ 15.407.499	€ 6.066.094

Appendice: Impegni e scadenze 2008

- **Entro luglio:** La CTSS conclude la prima elaborazione dell'Atto di Indirizzo (e del Profilo di Comunità)

- **Settembre:**
 - *La CTSS:*
 - attiva il confronto e la concertazione con le parti sociali,
 - approva definitivamente l'Atto,
 - attiva il processo di costruzione del PAL 2009-2011.

 - *I Comitati di Distretto:*
 - attivano il percorso locale di confronto delle parti sociali sull'Atto di Indirizzo;
 - attivano il percorso di costruzione del Piano di Zona 2009-2011.

- **Entro dicembre:**
 - Si conclude l'elaborazione del PAL,
 - Si conclude l'elaborazione del Piano di Zona triennale e del Programma attuativo 2009,
 - I due documenti programmatici sono approvati definitivamente.

Coordinamento e Organizzazione	Ufficio di Supporto della CTSS
Fonti	PAL 2005-2007, Monitoraggio PAL 2005-2007, Atti dell'Ufficio di Presidenza della CTSS, Atti delle Aziende Sanitarie, Atti convegni e Seminari della CTSS, dell'Ausl e della Provincia, Piani di Zona, Atti della Provincia, Piano Sociale della Provincia
Contributi tematici	Nicola Florindo, Massimo Fabi, Luca Sircana, Mirco Moroni, Giuseppina Rossi, Gabriele Annoni, Angela Zanichelli, Debora Tanzi
Impostazione preliminare	Sottoposta all'attenzione dei Presidenti dei Comitati di Distretto, ai Direttori di Distretto, al Gruppo Interistituzionale per l'Integrazione socio sanitaria.
Contributi integrativi	Comitato di Distretto di Parma, Comitato di Distretto di Fidenza, Comitato di Distretto Sud Est, Comitato di Distretto Valli Taro e Ceno, Uffici di Piano distrettuali, Organizzazioni Sindacali CGIL, CISL e UIL, Università di Parma, Forum Terzo Settore di Parma, Comitati Consultivi Misti delle Aziende Sanitarie, Organizzazioni sanitarie non mediche, Ordine dei Medici.
Validazione finale	Ufficio di Presidenza della CTSS del 24 novembre 2008