

Incontri di Area vasta per il Piano sociale e sanitario regionale



PIANO
SOCIALE
SANITARIO

Area Vasta Emilia Nord - Reggio Emilia, 5 luglio 2016

Area Vasta Romagna - Cesena, 13 luglio 2016

Area Vasta Emilia Centro - Bologna, 14 luglio 2016

Documento di lavoro

a cura dell'Agencia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

Bologna, settembre 2016

I. Introduzione

Il presente report vuole essere una restituzione degli incontri svolti nel mese di luglio 2016, quale tappa per la costruzione del Piano sociale e sanitario regionale. In particolare i tre incontri organizzati nelle Aree vaste della regione costituiscono l'opportunità per costruire in modo collettivo il nuovo Piano regionale. La discussione prende le mosse dalle priorità individuate in un primo documento di indirizzo, frutto del confronto in lavori di gruppo, scambi tra operatori, sistematizzazione e sintesi degli amministratori. La visione di base del documento da cui prendono avvio i tre incontri si caratterizza per un approccio a forte "integralità" sia negli aspetti e nei temi da affrontare, sia nelle soluzioni e negli strumenti da utilizzare. Tale integralità ha come baricentro il territorio, inteso come luogo della risolutività ovvero che ha il potere e le capacità per risolvere

Sono stati realizzati tre incontri , uno per ciascuna per area vasta :

- Reggio Emilia (5 luglio 2016)
- Cesena – Pievesestina (13 luglio 2016)
- Bologna (14 luglio 2016).

L'invito a partecipare è stato rivolto a una platea ampia e diversificata per cogliere i diversi punti di vista del territorio e delle istituzioni: di chi opera sul campo, anche nelle periferie e nelle "zone di confine"; di chi appartiene al mondo del volontariato, dell'associazionismo, delle imprese sociali, del sistema dei servizi; ma anche di figure con responsabilità istituzionale quali amministratori, dirigenti, rappresentanti del Terzo settore e dei lavoratori.

II. Modalità

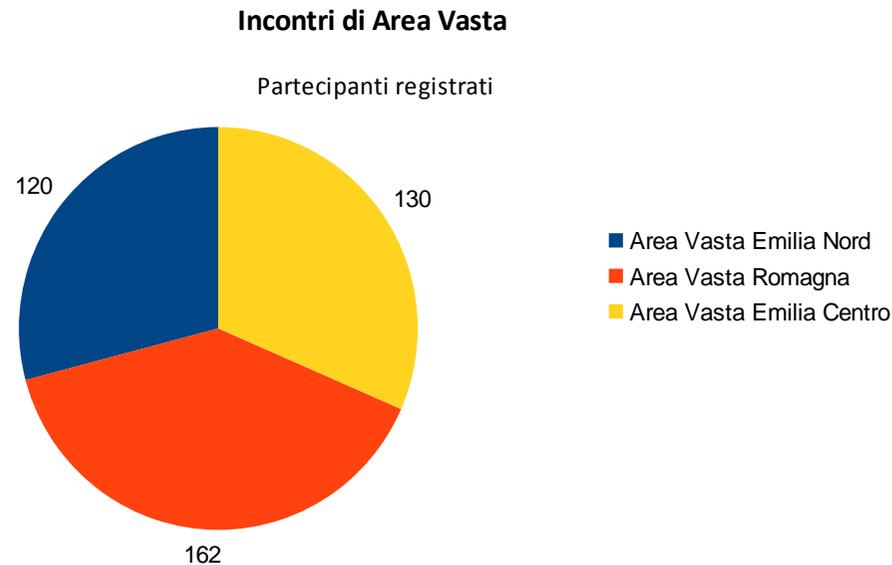
Dal punto di vista metodologico gli incontri sono stati realizzati come gruppi di discussione (grandi focus group, brainstorming) condotti dai facilitatori del Community Lab.

E' stata posta molta attenzione al fatto che ci fosse un clima favorevole alla discussione tra "pari". Non era rilevante il ruolo o l'appartenenza , ciò che premeva era che ognuno potesse esprimere la propria opinione serenamente, in un clima di ascolto reciproco.

Ogni gruppo aveva un tema specifico costituito dalle priorità indicate dagli indirizzi emersi sino ad oggi sul futuro Piano e su cui far convergere la discussione dei partecipanti. Pertanto sono state messe in campo delle soluzioni che consentissero almeno di rendere casuale la partecipazione ai gruppi di discussione . Ogni gruppo aveva un facilitatore alla discussione e nel gruppo si doveva poi individuare un verbalizzatore. Inoltre la conduzione del gruppo prevedeva una traccia per stimolare la discussione e il confronto.

III. Partecipanti

Hanno partecipato ai tre incontri di Area Vasta complessivamente 412 persone di cui: 120 all'incontro Area Vasta Emilia Nord, 162 all'incontro Area Vasta Romagna e 120 all'incontro di Area Vasta Emilia Centro.



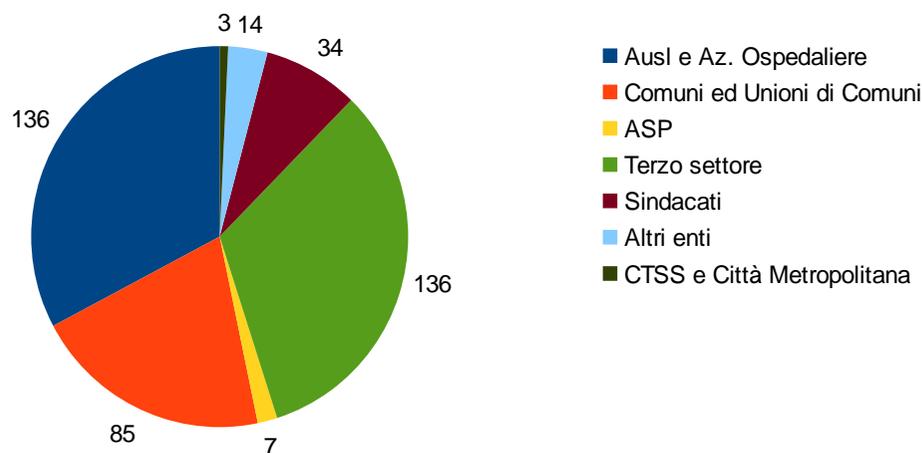
Al numero dei partecipanti registrati va aggiunto un nutrito gruppo di professionisti coinvolti nella conduzione dei sottogruppi di lavoro gestiti attraverso metodologie partecipative.

Durante questa fase di consultazione hanno partecipato addetti ai lavori, tecnici esperti delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere, della neuropsichiatria, dei Sert, dei Dipartimenti di Salute Mentale, referenti degli Enti Locali, rappresentanti politici dei Comuni e delle Unioni dei Comuni e responsabili e operatori dei servizi, delle ASP, rappresentanti dei Comitati Consultivi Misti delle Aziende sanitarie e del Comitato Consultivo Regionale per la Qualità (CCRQ); piuttosto alta è stata la partecipazione dei rappresentanti del Terzo settore, complessivamente sono stati 136 quelli provenienti dal mondo dell'associazionismo e della Cooperazione sociale, 34 gli esponenti dei sindacati.

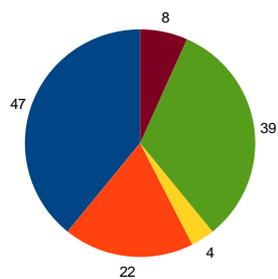
Scorrendo i nomi delle sigle del Terzo settore è possibile osservare come abbiano partecipato agli incontri sia associazioni e cooperative di piccole e medie dimensioni che sigle più grandi anche con un rilievo nazionale, coordinamenti di associazioni e consorzi di cooperative. I principali ambiti di intervento dei partecipanti del terzo settore appaiono legati in particolare ai temi della salute, della disabilità, dell'integrazione e della promozione e tutela dei diritti dei cittadini. Va sottolineato un'importante coinvolgimento di un numero di pazienti psichiatrici, con alle spalle un percorso di formazione come facilitatori, che hanno contribuito a stimolare la discussione all'interno dei gruppi di lavoro dell'incontro tenutosi a Reggio Emilia.

Incontri di Area Vasta

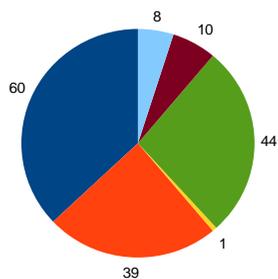
Partecipanti complessivi per appartenenza



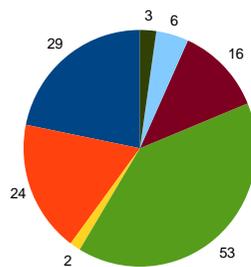
I grafici sottostanti descrivono la partecipazione nelle tre diverse edizioni.



Reggio Emilia 5 luglio



Cesena – Pievesestina 13 luglio
Partecipanti registrati



Bologna 14 luglio

- Ausl e Az. Ospedaliere
- Comuni ed Unioni di Comuni
- ASP
- Terzo settore
- Sindacati
- Altri enti
- CTSS e Città Metropolitana

IV. Contenuti emersi

Sintesi

GRUPPO A: POLITICHE PER LA DOMICILIARITA' E LA PROSSIMITA'

REGGIO EMILIA	CESENA	BOLOGNA
<p>ASPIRAZIONI</p> <p>Questa dimensione è stata caratterizzata dai seguenti elementi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un desiderio di ritorno ad una realtà comunitaria - anche urbana - più protettiva e supportiva dei singoli (<i>'far rivivere i cortili attraverso l'ascolto', 'per far crescere un bambino ci vuole un villaggio'</i>) • la volontà di rendere possibile alle persone di rimanere a casa a ricevere cure e servizi rivitalizzando appunto le piccole reti come supporto (condominio, cortile, frazione...) • ristrutturare il welfare trasformandolo da 'prestazionale' a 'relazionale', ascoltando i bisogni delle persone e personalizzando gli interventi (<i>'bisogna passare dal "devi bere perché fa caldo" al "vuoi un po' di the freddo?"'</i>) 	<p>ASPIRAZIONI</p> <ul style="list-style-type: none"> • poter lavorare sul progetto di vita delle persone a tutto tondo, calibrato sul bisogno del singolo • avere figure di collegamento, connettori • disporre di spazi: cortili da abitare, condomini solidali, appartamenti di transizione, spazi di vita per chi è in difficoltà per prevenire il più possibile l'istituzionalizzazione • facilitatori di rete (pescatori) • lavorare sulla progettazione e programmazione in modo integrato ponendo al centro la persona • uscire dalla logica della separatezza delle politiche, sostenendo l'integrazione tra assessorati e politiche (sociali, sanitarie, del lavoro, urbanistiche...) 	<p>ASPIRAZIONI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ampliare la platea di chi coinvolgere, raggiungere tutti i territori anche piccoli e periferici, e i livelli organizzativi • Maggiore info a tutti: operatori/famiglia/organizzazioni, quando si lavora con una persona/famiglia • Meno sanitario più sociale o, meglio, sanitario al servizio del sociale • Certezza dell'erogazione dei servizi di base, capillari, per la domiciliarità • Studiare forme innovative di domiciliarità • Integrazione tra Assessorati/settori rispetto alle reali possibilità di intervento: sociosanitario, edilizia, ... • Superare formalismo, peso della documentazione, alleggerire procedure che rischiano di far lavorare di più per compartimenti stagni • Legittimare ognuno con la sua specificità, professionale e personale, ad agire come protagonista dello stesso processo • Costruire cultura della partecipazione, sentire un bene come "comune" • Formazione come strumento per superare

		<p>specialismi, per formare nuove professionalità e competenze per lavoro di comunità e di rete/potenziamento delle figure già in grado di usare questo approccio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Università si rimetta in rapporto con il mondo dei servizi • Il PSSR deve dichiarare quali le funzioni per l'integrazione e quali le responsabilità, in particolare a livello distrettuale dove "si fa l'integrazione" • Valutare la riuscita/i risultati dei nostri sistemi ridando voce ai beneficiari • Tendere verso maggiore omogeneità con step più vincolanti
<p>PRATICHE (CHE DISCENDONO DALLE ASPIRAZIONI)</p> <p>Sono emersi diversi suggerimenti rispetto a possibili azioni per promuovere domiciliarità e prossimità:</p> <ul style="list-style-type: none"> • praticare un ascolto preventivo non emergenziale, orientato a comprendere più che a classificare (sia l'utenza che gli operatori) • mappare non solo i bisogni ma anche le risorse sul territorio in modo da collegarli e renderli complementari e confrontandoli fra i diversi contesti e realtà (<i>'lavorare con le reti informali nei cortili e nei condomini', 'cercare le risorse per prima cosa fra i vicini', 'fare incontri con i cittadini per raccogliere le disponibilità, non solo le criticità', 'l'operatrice domiciliare può utilizzare 30 minuti per costruire una rete attorno all'anziano di cui si occupa a domicilio con i vicini di casa', 'utenti come risorse'</i>) • creare un portale per ottimizzare le 	<p>PRATICHE (CHE DISCENDONO DALLE ASPIRAZIONI)</p> <ul style="list-style-type: none"> • istituire la figura del pescatore, facilitatore/attivatore di rete/mediatore in grado di costruire la rete. Definire i "sensori" tra gli operatori, i cittadini, nei cortili, negli spazi pubblici • formazione agli operatori: MMG, assistenti sociali sulla progettazione, sulla circolarità, sulla costruzione di reti e di comunità • formazione ai "sensori" (sentinelle?): vicini di casa, terzo settore, cittadini singoli... sul saper fare rete, sulla domiciliarità e prossimità "condivisa" come responsabilità di tutti • progettazione integrata tra servizi sociali ed urbanistici per progettare spazi urbanistici e regole di utilizzo in modo integrato • rendere più flessibili i regolamenti dell'ERP, ripensando la programmazione degli ERP per evitare di dover intervenire ex post con 	<p>PRATICHE (CHE DISCENDONO DALLE ASPIRAZIONI)</p> <ul style="list-style-type: none"> • dialogo tra sistemi informatici diversi e/o unificazione flussi informativi • Costruire conoscenza più adeguata, non maggiore come quantità, mettendo in relazione attese con risorse effettive dei servizi • Rivedere gli strumenti (UVM, uff. di piano) per lavorare meglio in modo integrato e interprofessionale; lavorare nel territorio/nel quartiere • Reti nella comunità come SISTEMA CURANTE, gli attori informali come parte della cura • Trovare elementi coesivi piuttosto che distintivi • Lavoro di team/d'équipe • Estendere lavoro con Budget di salute (no a Fondo sociale/Fondo sanitario separati)

<p>informazioni (risorse e bisogni) che sono disseminate fra i diversi servizi (servizi come connettori più che come erogatori)</p> <ul style="list-style-type: none"> • sempre in ottica di ottimizzazione delle risorse disponibili, avviare un confronto sistematico fra associazioni di volontariato e operatori proponendo anche attività diverse da quelle tradizionali (Es. AVO inizierà a fare anche un servizio a domicilio che pur non essendo nella sua mission risulta più rispondente alle attuali necessità dei servizi) • formare figure nel territorio (<i>'esperti di comunità', 'individuazione di un responsabile della rete', 'formazione di amministratori di condominio affinché possano esprimere anche forme di avvicinamento relazionale'</i>) • sperimentare esperienze di comunità a partire da piccole realtà (es. cooperative dislocate sul territorio) • facilitare l'utilizzo delle risorse economiche (<i>'flessibilizzare il FRNA', 'coinvolgere i Comuni nella realizzazione dei budget di salute', 'budget di salute a sostegno della domiciliarità, es. per de-istituzionalizzare i pazienti psichiatrici'</i>) • il mandato politico deve sostenere il cambiamento 	<p>mediatori ma facendo una programmazione accurata ex ante</p> <ul style="list-style-type: none"> • promozione di forme di co-housing, abitazioni transitorie e temporanee • sostenere e promuovere case della salute come spazi del territorio costruiti in modo integrato tra tutti i servizi del territorio e in connessione con le comunità in cui sono inseriti • sostenere le cooperative di comunità • individuazione di nuove modalità di funzionamento/azione dei servizi, la regione può facilitarne l'avvio • saper cogliere le risorse di cui i cittadini sono portatori, è un lavoro collettivo di tutti i cittadini ed operatori insieme 	<ul style="list-style-type: none"> • Nelle regole accreditamento trasporre linee che consentano domiciliarità • Favorire da parte del pubblico processi di "protagonismo" in positivo • Figure di sistema che a livello distrettuale sperimentano e inseriscono nell'ordinarietà le integrazioni che funzionano • Confronto tra i territori
<p>ESEMPI IN ATTO</p> <p>Sono emersi alcuni esempi di azioni/esperienze attualmente in atto sul territorio spesso nate autonomamente, non promosse dalle istituzioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • scuola media innovativa inserita nella centralità del paese (Sorbolo) • Community Lab->Scuola di Sorbolo ha creato 	<p>ESEMPI IN ATTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • sensibilizzare la cittadinanza sulle situazioni difficili o delicate del territorio sentinelle (progetto di Cervia) 	<p>ESEMPI IN ATTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terremoto come occasione per superare separatezze e formalismi e per creare comunanza su obv • Se si lavora bene in modo integrato, calano i farmaci e in generale medicalizzazione dei

<p>sinergia e collaborazione con i cittadini/associazioni/famiglie per creare una 'Scuola della Salute'</p> <ul style="list-style-type: none"> • progetto 'Reggio Città senza Barriere' • ambulatori di volontari infermieri in due punti della città • appartamenti co-gestiti con giovani adulti per MSNA (minori stranieri non accompagnato) • famiglie affidatarie che aiutano a creare momenti di informazione e sensibilizzazione ad altre famiglie agli inizi • cooperative di comunità presenti in montagna (Castelnuovo Monti)-> il pulmino che porta gli anziani torna con i medicinali • palestre etiche 		<p>bisogni/percorsi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Persone che fanno da collante per caratteristiche personali e per esperienza di ruolo • Co-housing, housing assistito,.... • Aiuto alle Associazioni a far rete tra loro, non a frammentare interventi • Assumere e utilizzare più educatori • Più partecipazione e più chiarezza di ruolo dei MMG
<p>PREOCCUPAZIONI/PAURE/OSTACOLI</p> <p>I possibili ostacoli all'implementazione di azioni per la promozione della domiciliarità e la prossimità emersi sono i seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • carenza di senso di responsabilità • individualismo, frammentazione delle relazioni • perdita di ritualità sociale • perdita della socialità a fronte di pacchetti di servizi pre-confezionati e molto (troppo) regolati che deresponsabilizzano gli operatori rispetto alla cura delle rete sociale • si lavora in emergenza e non c'è tempo di occuparsi delle reti sociali ('chi cura la rete?') • unità di valutazione che segmentano l'utilizzo degli aiuti per target di utenza (es. la presenza/assenza di determinate patologie può precludere l'accesso ad alcuni interventi/servizi) 	<p>COSA MANCA?</p> <ul style="list-style-type: none"> • manca la rete sociale intorno alle persone in difficoltà, che vivono situazione di solitudine. Tematica trasversale su vari target di popolazione: genitori di figli bambini con gravi patologie, anziani, psichiatrici, persone in situazione di povertà, vulnerabilità, persone in dimissione dall'ospedale.... Persone che le istituzioni non vedono. Manca la rete di solidarietà, di comunità ma anche la rete di operatori. • manca la rete anche intorno agli operatori che vivono in solitudine • manca la figura di case manager, che faccia da connettore tra servizi. • manca piena applicazione del PIVEC (progetto di vita e di cura) che dovrebbe partire dalla nascita ed accompagnare il soggetto per tutta 	<p>PREOCCUPAZIONI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manca visione d'insieme, si lavora sui casi singoli • Conoscenza a spicchi, settoriale • Società tende a delegare sempre più ai professionisti e quindi si produce assistenzialismo, mancanza di responsabilità comunitaria • Manca un sistema di trasporti inteso come "accompagnamento sociale"/relazione per conoscere e supportare persone • Come si affrontano le nuove povertà in ottica di prossimità/domiciliarità • Comunità di immigrati coese al loro interno ma disintegrate tra loro • Gap tra piani e operatività: le politiche sono lontane dall'orizzontalità • Manca il tempo e l'autonomia dell'operatore

<ul style="list-style-type: none"> • la maggior parte delle risorse viene allocato per le fasce estreme della popolazione mentre c'è una fascia grigia che non accede • rigidità nei vincoli con la committenza • mancanza di una cornice più grande che sistematizzi le azioni (piano politico) • le leggi sulla privacy talvolta ostacolano la trasmissione di informazioni sui bisogni della persona ad altri servizi 	<p>la vita mettendo in collegamento i servizi, anche in prospettiva del Dopo di noi.</p> <ul style="list-style-type: none"> • manca la capacità di leggere il bisogno reale delle persone. I servizi non riescono più a leggere i bisogni, sono strutturati sull'organizzazione interna, necessità di tornare sul territorio per conoscere i bisogni. Manca la prossimità dei servizi per poter leggere in modo adeguato i bisogni. • a volte manca il domicilio: per sostenere la domiciliarità ci vuole uno spazio da abitare, una casa, un domicilio. Per gli utenti della salute mentale manca la possibilità di vivere in maniera adeguata nel proprio contesto ed evitare l'istituzionalizzazione. Mancano nuove forme di abitare che meglio rispondano ai bisogni delle persone che vivono disagio psichico. L'abitare dovrebbe essere un diritto di cittadinanza. • manca l'informazione da parte dei servizi (ospedalieri e territoriali) sulle opportunità del territorio, rischio di autoreferenzialità. Ad esempio MMG e personale sanitario in ospedale non hanno adeguata conoscenza/informazione per poter realizzare dimissioni adeguatamente protette. • manca l'integrazione a monte: i servizi dovrebbero essere progettati in rete a monte, non a valle. Manca il "pescatore" che costruisca la rete ex ante e non ex post, che ne curi la manutenzione. • manca la considerazione delle persone in quanto risorse e non solo come costo, da parte dei servizi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Negli ultimi anni ognuno si è chiuso nel suo ambito • Università è sempre più autoreferenziale • Mancano nuove professionalità e competenze trasversali
--	--	---

	<ul style="list-style-type: none">• manca una piena applicazione dell'integrazione tra sociale e sanitario.• manca la visione della comunità: per lavorare sulla domiciliarità ci vuole un lavoro sulla comunità a tutto tondo, che allarghi la visione di comunità e di chi ne fa parte (i commercianti?)• manca la flessibilità negli orari dei centri diurni che ne impediscono un utilizzo efficace.• manca la cura di "chi si prende cura", sia care giver che operatori• manca lo sguardo oltre i servizi: per pensare una domiciliarità di qualità è importante allargare lo sguardo oltre ai servizi, a ciò che c'è fuori• mancano gli attivatori di comunità, che sappiano attivare relazioni per meglio rispondere ai bisogni delle persone. Agli attivatori di comunità dovrebbero essere forniti strumenti per lavorare, per abbattere i muri e poter creare e mantenere le reti.• manca la promozione del benessere: se stanno bene i cittadini stanno bene anche le comunità. Non ci sono più progettualità dedicate alla promozione del benessere. Manca la cultura dell'accompagnamento ad esempio sugli affidi e le accoglienze temporanee che sostengono la domiciliarità e prevengono gli allontanamenti.	
--	--	--

GRUPPO B: POLITICHE PER LA RIDUZIONE DELLE DISUGUAGLIANZE

Reggio Emilia	Cesena	Bologna
<p>ASPIRAZIONI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Andare verso una politica per la valorizzazione delle differenze: vs. “riduzione delle disuguaglianze” (che evoca l’idea che esista una realtà uguale che è quella alla quale comunemente si aspira e che è la realtà giusta). Usare un linguaggio che riconduce ad una realtà così statica non ci aiuta ad essere efficaci a portare una qualche forma di intervento innovativo. • Avere un ruolo professionale che ci qualifichi come facilitatori sociali: essere riconosciuti come risorsa, avere un riscontro economico. Siamo persone che hanno avuto delle problematiche che però si scoprono risorsa valida e grossa. Siamo riconosciuti come animatori ma non è quello che facciamo. Possiamo capire diversamente rispetto all’operatore, che ha studiato e sa quello che deve fare, ma io l’ho provato sulla mia pelle, riesco ad avere un contatto molto stretto, raccontando anche la mia esperienza. • Creare una condominianza solidale, una solidarietà di vicinato, che non sia solo affidata alla volontà dei singoli. Oggi sono forme assolutamente informali che a volte sono più importanti dell’aiuto del pubblico, dello psichiatra o delle pastiglie. Sono casi rari dovuti all’incrocio di generosità e gusto al dono, ma che non è abbastanza coltivato. Esempio: se nel condominio c’è qualcuno che ha bisogno, come nel “dopo di noi”, allora le persone non autonome possono sopravvivere 	<p>ASPIRAZIONI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Associazioni di volontariato interviste con servizio pubblico/maggiore accoglienza • Meno liste di attesa • Equità libero accesso accoglienza gratuita ai servizi essenziali (sert) • Rete dei servizi • Percorsi eguali nelle ausl • Regole comuni • Garanzia casa e reddito a tutti • Garantire cure odontoiatriche complete/tutte • Meno burocrazia, semplificazione, meno oneri amministrativi • Presa in carico della persona attraverso un unico punto di accesso • Cura delle relazioni con gli utenti – scoperta dell’altro – riduzione costi – efficacia • Percorsi di accesso facilitati per persone svantaggiate • Cultura dell’accoglienza (progetti sanità insieme nelle scuole) • Giustizia reale e rispetto di ciò che ognuno di noi può diventare • Modalità giudicante (accoglienza non giudicante x accogliere le disuguaglianze) – prossimità=servizio strutturato vicino alla comunità • Equità reale = accesso cure e servizi reale perché non lo è adesso • Non frammentazione dei servizi/cura della persona a 360 gradi • Risposte con l’altro e non standardizzate (personalizzazione) costruzione delle risposte 	<p>ASPIRAZIONI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perché oggi siamo chiamati a co-progettare? Perché il sistema è al collasso e quindi si chiamano i vari attori sociali per progettare. Oggi c’è una immensa prateria di progetti. La politica dovrà fare sintesi per gettare le basi per il futuro. • Migliorare la capacità di ascolto dei servizi e nel rapporto reciproco con i cittadini. Oggi è diffusa una grande fatica degli operatori , necessità di supportarli attraverso una formazione, supervisione, lavori di gruppo, ecc. perché altri livelli di aggressività tra le persone che si rivolgono ai servizi . Inoltre c’è il problema dell’invecchiamento degli operatori dei servizi pubblici che si affianca a quello del sovraccarico di competenze – stanchezza diffusa. • Il piano socio sanitario regionale è fatto bene. Il problema grosso è costituito dalla mancanza di risorse economiche. Accanto alle vecchie povertà oggi ci sono quelle nuove, molte persone smettono di curarsi perché non hanno i soldi per farlo. • L’anello di congiunzione bisogna trovarlo nel cercare di spogliarsi delle difficoltà per attivare un dialogo. Il sistema attuale non è tutto da buttare, facciamo uno sforzo di ragionare sui servizi esistenti. Cosa si può fare in un triennio in cui c’è la crisi, una popolazione che invecchia, carenza di risorse, ecc. ecc. come farà la Regione? Il sistema di accesso e di contribuzione sono i due capitoli su cui agire trattando in modo uguale

<p>solo se qualcun altro gli dà una mano, in senso letterale, perché non è pensabile (e non è simpatico) un futuro istituzionalizzato per tutti.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lavorare insieme si lavora meglio! Lavorare insieme, per lavorare meglio in tempo di crisi, connettere, affiatarsi. • Imparare a facilitare una certa cultura, una certa educazione. • Porre attenzione ai bambini “nuovi poveri” da aiutare in modo da consentire “adozioni di prossimità”: mettere in piedi un meccanismo come un’adozione a distanza e che ogni comune possa mappare questi piccoli (numero abbastanza ridotto 65.000 bambini minori che versano in condizioni di povertà assoluta • Nel percorso educativo coinvolgere tutti ad assicurarsi a non lasciare indietro nessuno • Includere nelle politiche valoriali anche i genitori, non solo lo studente • Creare obiettivi di solidarietà sociale che superi solitudine o rabbia <p>Favorire i linguaggi nel rileggere i bisogni</p>	<p>insieme</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fraternità: consentire ad ognuno di esprimere le proprie capacità “non standardizzazione valorizzazione delle differenze/talenti • Non solo solidarietà 	<p>situazioni uguali e in modo diverso situazioni diverse. Essenzialmente occorre utilizzare essenzialmente tre leve: 1) formazione/aggiornamento degli operatori anche in collaborazione con l’Università, 2) capacità di guardare il sociale non disgiunto dal sanitario (i due percorsi devono unirsi) e quindi fare linee d’indirizzo coinvolgendo il sanitario e i sociale; 3) attivare punti di riferimento e informazione con l’ utilizzo diffuso della tecnologia: call center, numero verde che smista i bisogni: con una chiamata devo capire dove devo andare , come devo fare, ecc. ecc. E poi creare un’anagrafica fruibile da tutti gli operatori perché oggi c’è una grande perdita d’informazioni.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le risorse calano ma gli svantaggiati rimangono tali a vita. Le situazioni si perpetuano di padre in figlio da generazione a generazione. Non ci sono percorsi di uscita. Ci sono persone in cura che non ne avrebbero bisogno. Pensiamo che una situazione di svantaggio potrebbe essere temporanea e non a vita invece spesso le situazioni diventano permanenti. • I contributi pubblici non sono finalizzati a costruire un progetto di vita. Necessità della personalizzazione dell’intervento. Occorre far uscire le persone da una situazione di assistenza quando è ora. Oggi certe situazioni non bisogna neppure più prenderle in carico perché la situazione socio-economica-culturale è mutata. Occorre una politica di redistribuzione delle risorse diversa perché la situazione economica è diversa. Occorre una diversa capacità di lettura: gli operatori faticano a cambiare tipo di approccio. • Questione culturale della persona: io ho diritto di....ogni persona vuole sempre il massimo.
--	---	---

		<p>Occorre cambiare registro. Importanza della scuola per diffondere una cultura diversa, una cultura della solidarietà, della comunità, della prevenzione. Maggiore partecipazione del settore privato (Welfare aziendale).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un approccio dinamico è importante in un tempo come quello odierno in cui è molto stabile, assunto. Esigenza di cogliere con rapidità e tempestività il cambiamento. Oggi spendiamo solo il 3% per la prevenzione e più dell'80% della popolazione muore per patologie croniche prevenibili. Tempo e modo sono variabili importanti e la flessibilità non è scontata. Rinunciare all'universalismo: diamo a chi serve quello che serve e non di più.
<p>PRATICHE (CHE DISCENDONO DALLE ASPIRAZIONI)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambiare il linguaggio: il lavoro di pensiero comune è rilevante, come operatori dei servizi vediamo come sia impossibile in tempi ragionevoli applicare i pensieri condivisi e innovativi. Un cambiamento del linguaggio forse ci aiuta ad essere più efficaci nella traduzione. • Gratificare chi fa “qualcosa di solidale”, trovare un modo per forzare un pochino l'atto del dono, per evitare che il volontariato sia solo per pensionati che stanno bene e che possono “permetterselo” • Esempio: prendiamo un condominio dove c'è un disabile, iniziamo a prepararlo a dopo perché intanto i vicini lo conoscano e facciamo una cosa insieme, come andare mezzora a prendere un gelato • Esempio: Si possono dare dei buoni simbolici ai “volontari” e dopo un tot la COOP gli fa un buono sconto! 	<p>PRATICHE (CHE DISCENDONO DALLE ASPIRAZIONI)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accesso al lavoro / nuove modalità di accesso / lavori socialmente utili • Tecniche partecipative 	

- Il ruolo del pubblico e della società dovrebbe essere che a questi pochi volontari gli dai un compito di trovarne altri e a questi si **dà una visibilità e premialità**.
- **Mettere dei confini chiari al volontariato:** tante persone non fanno volontariato perché hanno paura di non riuscire a tirarsi indietro.
Esempio: Io con la mia vicina di casa problematica do una mano ma con tempi delimitati... non è mica martirio! **Esempio:** bisogno di “dare una mano a friggere l’uovo, poi ognuno prosegue”
- **Salvaguardare i servizi in tempi di crisi attraverso l’attivazione di reti:** i servizi sempre di più bisogna che si pongano a disposizione di quelle associazioni, gruppi AMA... non possono più avere soltanto la competenze specialistica, ma specialisti anche nell’attivare reti... non è un sogno, lo stiamo realizzando! Come garantire interventi appropriati per queste persone impossibili? Più riusciamo a lavorare insieme, a connettere, a fare gioco di squadra, meglio è.
- **Educare** sin dalle prime fasi di vita scolare alla solidarietà
- **Sviluppare una cultura di solidarietà e valorizzazione delle differenze** tra gli adulti, ma soprattutto tra chi sta crescendo. Invece di concentrarsi solo sui programmi la scuola dovrebbe trasmettere una cultura di solidarietà, trasmettendo ai bambini e ai ragazzi di aspettare gli altri, facendo capire che è meglio per tutti, non facendo programmi personalizzati per chi è indietro.
- **Chiedere qualcosa “in cambio” a chi esprime il bisogno:** lavorare sulla cultura, stili di vita, accompagnando i fragili; forzare i cambiamenti culturali da parte del pubblico.

Esempio di un Comune che chiede qualcosa in cambio a chi ha bisogno di assistenza (che sia alla loro portata).

- **Alleggerire i bisogni e non appesantirli con la burocrazia!** Rivedere e pensare a tutte quelle leggi, iter burocratici, così complicati che non sono a favore della riduzione delle disuguaglianze. Necessario capirci rispetto alle procedure, alle responsabilità, agli iter burocratici. Quante volte ci ritroviamo a dire non lo possiamo fare perché abbiamo questi vincoli? Anche per esperienze solidali a volte non riusciamo a farle perché non possiamo inquadrarle in un iter formale e quindi ci fermiamo. Ci sono dei controlli che sono diventati una forma di tutela della sicurezza del pubblico, che si cautele, mette tanti divieti e così in quel bosco non ci va nessuno.
Bisogna trovare un modo per creare un altro sentiero, superarsi e diventare creativi!
esempio:
- **Umanizzare: integrarci di più e aiutare di più gli altri, come si faceva una volta..**
- **Valorizzare le differenze all'interno del sistema socio-sanitario**, dove ci sono servizi diversi: **esempio:** strutturazione unità di valutazioni multidisciplinare: condividere un modo di lettura che sia condiviso con altri, sia del sociale che del sanitario. Non è che non si litiga, ma si capisce il perché io dico che questo non è un paziente mio.
- **Rendere i cittadini più competenti sui loro bisogni:** noi operatori dobbiamo essere più competenti nel rendere più competenti il cittadino sui suoi bisogni. Una competenza che noi servizi abbiamo poco è come facilitare certe acquisizioni di competenze anche da parte di altri. E anche un protagonismo.
- Lavorare ancora di più nell'**auto mutuo aiuto**,

<p>“specializzarsi”</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adottare modalità di valutazione multi-disciplinare per leggere situazioni complesse • Coinvolgere i fragili nello sviluppo dei servizi e nei programmi • Riconvertire i servizi a “bassa soglia” di accesso a servizi ad alta accessibilità, “senza soglia” di accesso • Superare l’attenzione dal bisogno espresso al potenziale non espresso di chi presenta il problema stesso 		
<p>ESEMPI</p> <p>Esempio Comune di Correggio e progetto “Manodori”: “usare” delle persone che hanno dei problemi per aiutare altre persone che non hanno disabilità, ma che hanno bisogno di uscire e di fare qualcosa coinvolgere quelle persone che hanno tanto tempo e che hanno bisogno anche loro di uscire perché se stanno a casa si deprimono o si adagiano allo stare a casa</p>	<p>ESEMPI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Co - progettazione di distretto (dei servizi) coinvolgendo tutti gli attori presenti • Basarsi sulle risorse che ognuno ha • Sostenere il cambiamento insieme • Reperire strade alternative per affrontare: il nostro/nostre preoccupazioni • Coinvolgere il privato/azienda nel confronto sul territorio (risorse) • Progetto paritario: insieme operatori – sociali – servizio sanitario • Welfare di comunità (risorse di comunità) • Piano co-costruito /fuori logiche dell’appalto • Privato a confronto con i servizi come valore aggiunto • Strade alternative / pubblico regista 	
<p>PREOCCUPAZIONI/PAURE/OSTACOLI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Affermarsi di una cultura con forti aspettative individuali, in contrapposizione con una cultura dell’inclusione e di valorizzazione delle diversità • La difficoltà più grossa, come operatrice di CARITAS, è lavorare con le persone facendo loro capire che possono cambiare ma che è necessario 	<p>PREOCCUPAZIONI/PAURE/OSTACOLI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lasciare indietro dei servizi • Spinta sanità verso privato senza controllare la qualità • Perdita controllo qualità della sanità pubblica • Conflitto tra servizi causa perdita risorse • Interpretazioni restrittive riducono accesso ai 	<p>PREOCCUPAZIONI/PAURE/OSTACOLI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mi preoccupa questo sistema che mette insieme pubblico e privato ma chi fa la regia per garantire un equilibrio della governance? E’ un tema che va presidiato. • Paura che questo sistema non riesca sufficientemente a sostenere gli operatori

<p>un passaggio. Esempio: penso al bando del servizio civile che è andato quasi deserto perché il compenso ritenuto troppo basso, ma non si capisce l'importanza del progetto nel suo insieme.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il mio timore è che quando sottolineiamo questi valori, in un certo senso, più o meno volutamente o consapevolmente, attribuiamo la responsabilità dello scarto tra valore e realtà ad altri: è responsabilità di altri se è difficile conoscere in ognuno le potenzialità. Se devo andare a lavorare sulle disuguaglianze devo lavorare sulle potenzialità, non su ciò che non c'è o che manca, ma cosa mi aiuta e che io devo imparare e fare per realizzare tutto questo? • La domiciliarizzazione può essere un peso sia per chi sta dentro sia per chi la va a fare da fuori, perché la persona con cui interagiamo ci fa star bene fino ad un certo punto. Importante considerare il concetto di domiciliarizzazione come concetto complesso. • Soffro questo muro che c'è tra pubblico e privato: chi viene da noi privato è chi non trovato la risposta nel pubblico, quindi andiamo a compensare quella che è una carenza. Se lavorassimo insieme lavoreremmo meglio e spenderemmo meno, anche le famiglie. • Come lavorare con i pazienti <i>olders</i> gravi problematici e con co-morbilità psichiatrica o altre patologie (persone che hanno problemi di droga o alcool che non sono morte e invecchiano)? • Evitare la realtà statica che non assorbe il nuovo nei servizi • Se dono, perché sempre allo stesso? • La cultura del superfluo che crea disuguaglianze • Non fermarsi, ma nel percorso non lasciare/escludere nessuno • Condiviso ed analizzato il problema, come trovare la soluzione nei servizi? 	<p>servizi (fragili diventano discriminati non inclusione)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fragilità e frammentazione aumentano le disuguaglianze • Che la sanità pubblica debba adeguarsi livellarsi verso il basso • Che la carenza di risorse spinga a una riduzione dell'integrazione socio-sanitaria • I più fragili rischiano di essere i più dimenticati 	<ul style="list-style-type: none"> • Difficoltà a passare ai fatti. Se ne parla da tanto. Mancano persone strategiche che passino dalle idee ai fatti. Tante belle idee, ma.....non è un problema economico ma di paura del cambiamento, di assunzione di responsabilità e non solo da parte dei politici ma anche degli operatori. • Timore di creare una forbice sempre più ampia tra i vantaggi e gli svantaggi. Oggi c'è chi non può farsi curare. C'è bisogno di tutti per far funzionare il sistema. • Perdere i giovani ...si perdono per strada. Occorre dare punti di riferimento., fare percorsi agevolati, curare la transizione scuola-lavoro, dare nuova linfa ai servizi pubblici con l'inserimento dei giovani. Difficoltà e grande fatica degli operatori più anziani: oggi il lavoro è doppio e triplo. • Lettura integrata del bisogno di salute per garantire il benessere delle persone; • Attivazione di progetti di comunità – creare convenzioni comunitarie sul territorio ; • Lavorare sulle figure di prossimità <p>PRIORITA': COS'E' LA DISUGUAGLIANZA OGGI? COSA RENDE SVANTAGGIATE O DISEGUALI LE PERSONE?</p> <p>Ognuno dei presenti scrive individualmente sul foglio un'immagine, una parola, che gli evoca la priorità. Successivamente la condivide con il proprio vicino/a . Si passa poi alla riflessione di gruppo. Si riporta di seguito quanto emerso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le situazioni che determinano maggiori disuguaglianze e svantaggio sono le condizioni di salute e la mancanza di lavoro. Dal momento in cui c'è lo svantaggio ci si rivolge ad un operatore, ad un medico, ad un esperto....figure che dovrebbero ascoltare la persona che manifesta un bisogno; invece spesso le risposte sono standardizzate non colgono il bisogno.
--	--	---

<ul style="list-style-type: none"> • Il servizio pubblico non sempre riesce a rispondere a tutto, anche se le singole persone riuscirebbero, ma il sistema è rigido • Lavorare insieme per evitare di radicalizzare i fattori problematizzanti • Come coinvolgere gli utenti nello sviluppo dei servizi evitando opportunismi nei suggerimenti, come motivare ai cambiamenti? 		<ul style="list-style-type: none"> • Inclusione delle persone sorde: dappertutto esistono barriere della comunicazione. Al di là dello specifico caso della sordità il deficit crea disuguaglianza. Necessità pertanto di personalizzazione dell'intervento per affrontare le diverse situazioni personali. Non sempre le disuguaglianze sono riconosciute (ad esempio il sordo non si vede). Si tende a parlare di macro disuguaglianze (immigrati) . Occorre riconoscere anche le micro. • Significato della parola equità che ha a che fare con la giustizia . I servizi etichettano le persone spesso generano stereotipi e pregiudizi. La lotta alla disuguaglianza è la priorità con ricadute nel fare quotidiano. I servizi lavorano per standard e omogeneizzazione. Dare servizi apparentemente uguali con equità. Meta priorità più che priorità singola trasversale. Problema che deve toccare non solo chi eroga i servizi ma anche chi li orienta (parte politica). Personalizzazione degli interventi: non dare a tutti le stesse cose ma applicare il concetto di equità. • Lo stigma (non solo sociale). L'auto-stigmatizzazione che la persona svantaggiata ha su se stesso . Lo svantaggiato deve avere voglia di uscirne. Lo svantaggiato spesso vuole rimanere tale perché ne trae un vantaggio. • Mancanza della conoscenza, di informazione. Sono svantaggiato dal momento in cui non ho informazioni tali che mi permetterebbero di uscire dal mio svantaggio. • Nella presa in carico delle disuguaglianze ci deve essere continuità e non frammentazione della cura. Spesso si verifica che le risposte ai bisogno sono diverse da Comune a Comune di una stessa provincia. • Immagine emersa quella dell'acqua come elemento di energia e di eliminazione delle disuguaglianze: in acqua siamo tutti uguali.
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> • La co-progettazione è un sistema che orienta le politiche delle disuguaglianze . Le disabilità sono diverse tra loro e non “tutti i vestiti sono buoni per tutti” . Non solo la persona svantaggiata è oggetto di disuguaglianza ma anche la sua famiglia. • La prima forma di disuguaglianza è come avviene l’accesso all’informazione (vedi immigrati, anziani che per diversi motivi hanno maggiori difficoltà ad accedere all’ informazione). Le associazioni possono aiutare questi gruppi di persone. La persona ha un bisogno però ha anche delle risorse che può mettere a disposizione (ad esempio immigrati che diventano mediatori culturali) . In questi casi il livello di inclusione è maggiore. • Il doppio binario del sistema sanitario che prevede visite con pagamento del ticket (e generano lunghe liste di attesa) oppure ricorrendo alla libera professione : ciò genera disuguaglianze; <p>Essere donne espone a maggiori rischi: disuguaglianze per le donne che devono occuparsi della cura delle persone bisognose e conciliare i tempi di lavoro con quelli della cura delle persone bisognose della famiglia. Necessità di politiche adeguate di conciliazione, introduzione nuovi modelli di organizzazione del lavoro che prevedano maggiore flessibilità.</p>
--	--	---

GRUPPO C: POLITICHE PER LA PREVENZIONE E LA PROMOZIONE DL BENESSERE SOCIALE E DELLA SALUTE oppure *“AUMENTARE IL CONTROLLO DELLE PERSONE SULLA PROPRIA SALUTE E SULLA PROPRIA QUALITA’ DI VITA”*

Reggio Emilia	Cesena	Bologna
<p>ASPIRAZIONI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rendere visibile solitudine nei nostri territori: conoscere qual è il vero stato di salute e benessere (il terremoto come “occasione”) • Dare risposte a “chi ci sfugge” • Promuovere una partecipazione che faccia pensare a “quello che posso fare io, non quello che devono fare gli altri” • Far crescere consapevolezza come primo passo • Sviluppare salute in tutte le politiche (scuola, ambiente, sanità,...) • Creare un patrimonio di sapere non solo per addetti ai lavori, e che sia anche piacevole • Creare modelli educativi alternativi a quelli autoritari • Dare dignità a tutte le persone come compito delle istituzioni e del volontariato • Essere in grado di imparare dagli altri, dai più giovani • Salute\salvezza: percepire che nell’essere “sano” sta anche un senso della mia vita 	<p>ASPIRAZIONI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Raggiungere i non raggiungibili anche attraverso “strade” nuove come i sociali (ad esempio i giovani, i migranti, chi vive ai margini e nelle periferie, ecc) e mantenerli agganciati • Coniugare “Porte aperte” e accesso semplificato con la specializzazione • Nuove politiche che tengano conto di orizzontalità e verticalità fornendo obiettivi e analizzando i bisogni ai quali si intende dare risposta • Umanizzazione • Attuare e rendere concreti percorsi di diagnosi e cura (es audiolesi) • Maggiore e diverso coinvolgimento delle Associazioni (es comunicazioni diagnosi, gruppi di mutuo aiuto, ecc) • Nuovi cultura e linguaggio comuni a partire dalla definizione condivisa, ad esempio, di “Benessere” • La prevenzione si fa solo coinvolgendo la comunità e consolidando i legami (il bisogno rende soli) 	<p>ASPIRAZIONI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Possibilità di scelta: “posso scegliere come curarmi” <ul style="list-style-type: none"> ○ comunicazione istituzionale e modalità di relazione rispettose dell’intelligenza e il punto di vista del cittadino (anche e soprattutto se è stupido e ignorante) • Regolare e normare la presenza di badanti • Equità e universalismo <ul style="list-style-type: none"> ○ Come appropriatezza: dare a tutti secondo i loro bisogni ○ Come equità di accesso ○ Come informazione adeguata e accessibile a tutti • Aspirazione “a (→ pratica) “un sistema integrato che dia risposte coerenti”, come strumento per garantire equità di accesso e di informazione: anche i cittadini “forti” faticano a orientarsi, se sono loro a dover ricomporre il quadro / la filiera dei servizi / il welfare • Ricostruire socialità (anche come → pratica). Manca integrazione fra gli individui. • Una comunità includente: manca l’integrazione fra individui. • Attività fisica per i bambini e i ragazzi come normalità quotidiana.

PRATICHE (CHE DISCENDONO DALLE ASPIRAZIONI)	PRATICHE	PRATICHE
<ul style="list-style-type: none"> • Importanza delle associazioni* come sedi di motivazione personale, di diffusione di conoscenze, di socialità... • Prontezza dei servizi a condividere con l'esterno\ascoltare davvero\"farsi formare\", e ridurre così distanze tra cittadini e istituzioni (servizi rinunciano a una parte di sovranità -> pratica ancora poco diffusa) • Rete di condivisione delle esperienze positive • Lavorare sul territorio, cercare le persone là dove vanno quotidianamente , aggancio educativo positivo ->fare così formazione e intercultura in senso ampio • Usare strumenti di comunicazione diversi a seconda genere, generazione, cultura, non parlare solo con chi ha livelli diistruzione e economici medio-alti • Formare nuovi ruoli/figure come educatori "diversi" che producano coinvolgimento attivo: allenatori, baristi, ass.ni volontariato,.. • Possibilità di fare percorsi di integrazione lavorativa\sociale per chi ha oggettivi ostacoli (disabili, ecc, persone impossibilitate ad avere stile di vita sano 	<ul style="list-style-type: none"> • Informazione, comunicazione e conoscenza sia "interne" che "esterne" nei confronti della cittadinanza (ad esempio: nuove modalità per informare rispetto ai vaccini) • Nuovo approccio all'informazione che deve creare le condizioni perché il paziente possa scegliere: promozione della consapevolezza non "controllo" • Formazione comune degli operatori anche se i mandati professionali sono diversi. • Coinvolgimento di scuola e istituzioni scolastiche. Gli insegnanti dovrebbero essere formati su salute, disabilità, ecc per intercettare anche i bisogni della zona grigia • Promuovere la conoscenza reciproca di operatori e comunità. In particolare gli operatori devono conoscere il contesto (la Parrocchia, il circolo, le associazioni anche culturali, ecc) e le risorse della comunità. Dovrebbero essere promossi momenti periodici di incontro, non solo "sui casi" e non solo "in emergenza" • Centrare i programmi sulla persona e sui bisogni e non su U.O. • Valorizzare le risorse informali della comunità anche per superare lo stigma dei servizi • Rendere veramente accessibili i servizi (trasporto, accompagnamento, diffusione nel territorio/disseminazione) • Pensare alla persona al centro come risorsa (rete e ecosistema) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ricostruire socialità (anche come → aspirazione) <ul style="list-style-type: none"> ○ e spendere socialità per prevenire (tema ricorrente, ripetuto da più persone nel gruppo), perché gli stili di vita sono costruiti sul patto sociale • Fattibilità di quel che viene promesso • LEA sociali e sociosanitari • Programmazione coerente / Coerenza nella "vision" <ul style="list-style-type: none"> ○ Programmazione coerente con i bisogni del territorio (coerenza con gli obiettivi). ○ Usare quel che sappiamo: utilizzare tutte le informazioni e i dati disponibili e costruire azioni e progetti coerenti Più coerenza nella "vision": lavorare assieme (ai cittadini?) sui dati (coerenza interna dei progetti). ○ Misurare, valutare e verificare costi e benefici di quel che facciamo (coerenza interna dei progetti). ○ Reti di (cittadini) antenne sul territorio per individuare i soggetti bisognosi (→ aspirazione: equità) (coerenza con i bisogni). ○ Intercettare bisogni e pratiche nuove: ad es, le badanti (coerenza con i bisogni). ○ Svolgere indagini: sui giovani e su come vedono il futuro; sui caregiver, i loro bisogni e le loro risorse. ○ Sussidiarietà: utilizzo integrato e trasversale delle risorse delle famiglie; integrazione di tutte le risorse del sistema; governo dell' "out of pocket" e. Valorizzare nella programmazione

		<p>le capacità e le risorse (non in senso finanziario) della società civile organizzata e dei singoli cittadini. <i>“Se vuoi che le persone siano una risorsa (mettano le loro risorse nel sistema) devi trattarle come una risorsa”</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Unificazione degli sportelli e dei punti di accesso per diversi tipi di bisogni: <i>“un sistema integrato che dia risposte coerenti”</i> (coerenza fra servizi, connesso alla → aspirazione: equità) ● Educazione <ul style="list-style-type: none"> ○ Condivisione di responsabilità fra scuola e famiglia ○ Investire nei Consultorii e nell’educazione alla genitorialità. Potenziarli. ○ Educazione tra pari come metodo ○ Educazione sentimentale (e sessuale) ○ Educazione alla cittadinanza: insegnare al giovane <i>“cosa puoi fare tu”</i>. ● Costruzione di una comunità includente: <ul style="list-style-type: none"> ○ Dialogo trasversale tra competenze (→ pratica: apertura di canali comunicativi tra istituzioni) (<i>“Salute in tutte le politiche”, NdR</i>): pianificazione urbanistica, ambiente, lavoro e sanità devono parlarsi per creare una comunità includente. ○ Apertura di canali comunicativi tra istituzioni: es fra operatori che si occupano di richiedenti asilo, sanità e prefettura. ○ Aprire le scuole alle associazioni sportive per favorire l’attività fisica gratuita o a poco prezzo per i ragazzi.
--	--	--

<p>ESEMPI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Piano regionale Prevenzione • Case della salute • Sentinelle come sensori di problemi • Promotori di salute • Peer operator • Centri educazione permanente come luoghi in cui incontrare persone immigrate e loro bisogni • Percorsi di formazione e informazione associazioni/scuola/famiglia/altri enti del territorio (es. incontro di tutti gli studenti di terza media di un territorio per ascoltare un'esperienza di successo) 	<p>ESEMPI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gettare piccoli semi: merende, gruppi di cammino, sale di attesa, istituti comprensivi, aree pedonali, centri commerciali, spiagge, farmacie, librerie, ecc • Pensare a luoghi pubblici come luoghi di prevenzione: associazionismo sportivo, associazioni culturali, ecc • Valorizzare i riconoscere esperienze generative (vedi servizi per l'autismo, Ravenna) • 	<p>ESEMPI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nuova domiciliarità, governo ed orientamento pubblico ma forte integrazione con sistemi privati, terzo settore, assistenti familiari, anche utilizzando le risorse del FRNA come da indicazioni regionali (allegato 3 dgr 1206/2007) • Canali comunicativi più semplici, fluidi, facilitati • Accesso ed orientamento realmente unificato (non l'ennesimo sportello unico che unico non è) che prenda in carico tutto il nucleo familiare superando la logica per target e l'ottica prestazionale ma includa nel progetto anche le risorse (economiche e di competenze) della famiglia • Percorsi personali di cura e non medicalizzazione diffusa (ad es. approccio etnopsichiatrico per i richiedenti asilo/rifugiati) • Maggior utilizzo di approcci multidisciplinari e multi professionali .
<p>PREOCCUPAZIONI/PAURE/OSTACOLI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Non c'è chiarezza tra sociale sanitario (scarsa integrazione dei fondi e delle programmazioni) • Poca concretezza • Scarsa appropriatezza • Come mobilito la famiglia/il genitore? • Perdere di vista la globalità della persona (specialismi) • La casa della salute può essere "solo" un poliambulatorio, invece che luogo per la crescita, per l'educazione al benessere • Non siamo multiprofessionali • Aspettare a partire che sia tutto pronto • Nascondersi dietro la mancanza di risorse (risorse umane ne abbiamo....) • Non fidarci abbastanza di noi stessi 	<p>PREOCCUPAZIONI/PAURE</p> <ul style="list-style-type: none"> • (in diverse occasioni nel corso della discussione sono emerse tensioni e un senso generale di impotenza/impossibilità di cambiare) • Specialismi • Interventi che storicamente sono pensati a partire dai servizi e non dai bisogni • Valorizzare le risorse informali ma non delegare, il pubblico dovrebbe mantenere governo e monitoraggio • Coinvolgimento Medici di medicina generale • Tenuta complessiva del sistema 	<p>PREOCCUPAZIONI/PAURE/OSTACOLI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Non conoscenza da parte dei cittadini delle diverse opportunità/servizi del territorio • Che non si riesca a realizzare un governo pubblico di un sistema integrato con il terzo settore e gli interventi privati-privati, non centrato sulla gestione pubblica • Accentramento sui medici di medicina generale (necessità di affiancare i medici con mediazioni) • Sistema pubblico che in sanità non riesca a fare regia e integrazione delle risorse con il mercato delle prestazioni private

Gruppo D: POLITICHE PER L'INTEGRAZIONE SOCIO-LAVORATIVA

Reggio Emilia	Cesena	Bologna
<p>ASPIRAZIONI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Speranza che il sistema pensato possa funzionare per contrastare la fragilità • Porre attenzione a non creare un sistema troppo burocratizzato • DIGNITA' delle persone – mettere le persone al centro dei loro percorsi di inserimento lavorativo e di sostegno riconoscendo e valorizzando le loro competenze, anche se residue, NO elemosina, ma anche DIGNITA' DEGLI OPERATORI che devono essere formati sulle nuove opportunità e messi in reale condizione di poter sostenere i percorsi di inclusione delle persone • ATTENZIONE: Il lavoro NON come OPPORTUNITA' ma come DIRITTO • Lavorare sul contesto e sulla comunità (rete imprese/associazioni che possano inserire le persone nel mondo del lavoro) • Si sottolinea più volte la parola CONCRETEZZA, la necessità di CONCRETEZZA delle azioni, dei percorsi proposti • Speranza di avere un futuro con PARI OPPORTUNITA' d'accesso al lavoro, alla casa per il benessere psico/fisico di ogni persona. • Chiamare in campo più servizi in un LAVORO DI RETE che superi le frammentazioni dei sistemi ed abbia una visione unitaria, complessiva. • Le istituzioni di appartenenza devono SUPERARE la propria AUTOREFERENZIALITA' ed avere unità di intenti ed essere messi nella condizione di fare un buon lavoro di squadra. • I servizi sono organizzati per chi li pratica (operatori), andrebbero ripensati insieme alle persone/"utenti" in una logica non verticale ma 	<p>ASPIRAZIONI</p> <p>Le politiche per l'integrazione sociolavorativa, per garantire un maggiore impatto delle misure stesse, promuovono azioni concrete su almeno due fronti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>la cultura della diversità</i>, fornendo le <i>condizioni per una piena applicazione all'art.1 della Costituzione</i> e orientando fortemente i servizi ad una pratica professionale basata sulla persona e non sull'utente: il Welfare e la Sanità giocano una funzione di 'elastico', allungando le possibilità o connettendole, sostenendo la persona nel percorso di integrazione sociolavorativa - <i>l'integrazione tra le politiche</i>, tenendo come quadro di riferimento un <i>modello di sviluppo coerente (alle politiche per l'integrazione sociolavorativa)</i> e innescando processi riflessivi e valutativi su '<i>cosa è sociale e cosa è sanitario</i>', per poi 'saper agire' l'integrazione tra e con le altre politiche. <p>Ciò comporta la possibilità di creare:</p> <p>a) Politiche dedicate a sperimentare forme innovative ed 'alternative' rispetto agli attuali dispositivi di accesso al mercato del lavoro</p> <ul style="list-style-type: none"> * fornendo alternative allo strumento del tirocinio, * garantendo forme differenziate di riqualificazione per le persone fuoriuscite dal mercato del lavoro che non riescono a reinserirsi per motivi di età, livelli di qualificazione, ecc. * collocando il lavoro tra le diverse dimensioni che 'producono salute', riconoscendogli quindi un ruolo sociale, una funzione di riabilitazione, che coincide con l'esercizio di una forma di cittadinanza; per '<i>i servizi significa garantire cittadinanza e non svolgere una funzione di controllo sociale</i>'. Il Lavoro si slega dalla logica della prestazione e del risultato e diventa prossimo al concetto di CON-TRIBUTO SOCIALE 'a fare una attività in base a quello che posso dare, non come 	<p>Il gruppo avvia la discussione chiedendo di modificare il titolo della priorità nella seguente formulazione:</p> <p>"Politiche interattive per l'inclusione socio lavorativa mediante l'integrazione"</p> <p>ASPIRAZIONI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Passare all'inclusione socio lavorativa attraverso l'integrazione dei Servizi (Servizio Sociale, Scuola, Sanità, Formazione, ecc) • Ragionare come comunità: obiettivi comuni (Piani di Zona come modo per operare per la comunità) • Ripartire dal singolo (punto focale potenzialità del singolo e non mancanze) osservando le persone nel proprio contesto di vita • Nuovi modi per leggere i CV: non valutare per diagnosi ma sulla persona • Orizzontalità e reciprocità • Sistema educativo e formativo diverso: promuovere la formazione di "teste pensanti" e non di forza lavoro • Condivisione di Valori e obiettivi comuni • Inclusione e non integrazione socio lavorativa (l'inclusione prevede il coinvolgimento di tutti) • Reset dei servizi: riprogettazione inclusiva dei servizi • Dialogo tra i servizi: interazione e politiche interattive per l'inclusione • Occorre ripartire dal grado zero: riduzione della solitudine. La fragilità è una condizione che potenzialmente può riguardare tutti, non solo alcune categorie della popolazione (disabili, senza fissa dimora, ecc). Occorre

<p>orizzontale.</p>	<p><i>risultato, ma come impegno...'. Solo in questo modo si possono attivare/sostenere processi di integrazione socio-lavorativa, abbandonando l'attuale sensazione, da parte dei servizi, di 'scimmiettare l'inserimento lavorativo, campo di azione di altre politiche e soggetti istituzionali'</i></p> <p>b) Azioni sperimentali di alternanza scuola-lavoro, momenti di effettiva esperienza di lavoro nei quali acquisire competenze riferibili al mercato del lavoro</p> <p>c) Iniziative per 'lo snellimento' e la semplificazione dei percorsi amministrativi da attivare per l'integrazione sociolavorativa: percorsi amministrativi vaghi e lunghe procedure sono a tutti gli effetti ostacoli alla opportunità di autonomia/cittadinanza</p>	<p>riprogettare il sistema per includere tutti</p> <ul style="list-style-type: none"> • Produrre lavoro significa produrre reddito: circolo virtuoso. Occorre un aggancio con il mondo del lavoro "vero" • Pensare in termini ampi: ciò che conta è il benessere (che però genera anche minori spese, minori interventi ecc.) • Equità: nuove chiavi di lettura e nuovi strumenti di intervento
<p>PRATICHE (CHE DISCENDONO DALLE ASPIRAZIONI)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rivedere le pratiche per garantire sia l'integrazione dei servizi tra loro (viene sottolineata l'importanza di lavorare sull'integrazione, fare lavoro di squadra) sia modificando l'atteggiamento dei servizi nei confronti degli utenti ("essere capaci di avere un atteggiamento alla pari con gli utenti"). • Superare l'organizzazione dei servizi attuali (frammentazione) per andare verso la trasversalità delle politiche. • Creare nei servizi climi "familiari", "sentirsi bene...accettati e compresi" • Compartecipazione dei professionisti e dell'utente nel pensare e costruire i servizi, rivedere l'organizzazione dei servizi e non far cadere le cose dell'alto. • Fare formazione. Importanza della FORMAZIONE che deve essere CONDIVISA negli obiettivi e nelle modalità da chi deve partecipare, dovrebbe essere data una certa rilevanza alla formazione dedicata al campo specifico della RELAZIONE del sostenere e sviluppare l'empatia in particolare in chi fa lavori di cura (formazione sul campo e non sulle competenze). 	<p>PRATICHE (quali azioni possibili ne discendono)</p> <p>Sviluppo di modelli economici basati sul territorio, sulle tipicità di contesto; ad es per area vasta Romagna, potrebbe essere una politica del Turismo impostata per accogliere la logica dell'integrazione socio-lavorativa, con evidenti ricadute sociali. Tale sviluppo deve essere accompagnato da formazione ed infrastrutture adeguate e da una politica di sviluppo economico basata sulla centralità del lavoro sul territorio, avendo come riferimento le imprese locali, che investono sulla comunità di appartenenza; prevedendo incentivi o sgravi, senza che questi possano essere intesi quale unico 'strumento di aggancio'.</p> <p>Sviluppo di modelli operativi e servizi dedicati di supporto all'integrazione sociolavorativa ** con percorsi personalizzati e servizi di accompagnamento.</p> <p>Sviluppo di nuovi modelli operativi di alternanza scuola-lavoro, ad es. Protocolli Ufficio Scolastico Provinciale, Comune, AUSL, Camera di Commercio; sperimentazioni di azioni di supporto ed accompagnamento; sperimentazioni dell'alternanza attivate in modo personalizzato rispetto al calendario scolastico...</p> <p>Integrazione degli interventi per l'integrazione sociolavorativa con le risorse comunitarie, ad es. con</p>	<p>PRATICHE (CHE DISCENDONO DALLE ASPIRAZIONI)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Partire dalla formazione e dalla scuola • Rivoluzione culturale: dignità. Attualmente disponiamo solo di primitive chiavi di lettura, occorre lavorare molto in nuove direzioni • Visione globale: salute e non assistenzialismo • Gestione delle risorse partecipata • Agenti comunitari che si occupano del benessere e nuovo protagonismo della comunità auto organizzata • Revisione delle competenze • Nuova mission per i servizi e nuova formazione • Investimenti • Inclusione (vd. Frignano) • Ricreare spazi per competenze "diverse" come ad esempio lavori scomparsi, lavori creativi, ecc • Clausole sociali negli appalti con lotti e frazionamenti negli appalti che valorizzino, ad esempio, quanto dell'impegno economico si trasforma in buste paga (anche di persone in situazione di svantaggio), ecc

<ul style="list-style-type: none"> • Pratiche di lavoro che prevedano il lavoro fatto attraverso gruppi di lavoro multidisciplinari che aiutano a produrre dei buoni risultati, a lavorare in rete e a mettersi in discussione. 	<p>gli altri anziani , attivando una filiera orto/bio che permetta integrazione sociolavorativa, con vendita realizzata a livello locale (es gruppi rete GAS) Integrazione degli interventi per l'integrazione sociolavorativa con i progetti di prevenzione Integrazione degli interventi per l'integrazione sociolavorativa con la formazione finalizzata ai bisogni, qualificata e orientata , ovvero con ricaduta sul territorio, rendicontata.</p>	
<p>ESEMPI</p> <ul style="list-style-type: none"> • FORMAZIONE che aiuti a sviluppare competenze e aprire potenzialità, meno tecnica e più attenta agli ASPETTI RELAZIONALI. • UFE: Utenti Familiari Esperti / Pear / Facilitatori : principalmente dentro i servizi, trasferimento di alcune competenze a caduta sugli operatori • Salvaguardia delle BUONE PRATICHE: non ripartire sempre da zero ma utilizzare le buone pratiche (a volte terminate con la fine ad esempio di alcuni progetti e finanziamenti europei) aggiornandole e non disperdendole • Porre attenzione al mondo delle imprese che puntano sulla RESPONSABILITA' SOCIALE e promuovono gli inserimenti lavorativi delle persone svantaggiate – valorizzare le buone pratiche esistenti e diffondere l'esempio e le modalità operative. E' necessario far RADICARE nei territori alcune esperienze e pratiche. • Programmazione congiunta /UVM con diverse professionisti anche su questi temi? • Dialogare con le imprese, quelle già "accoglienti" e aprire dialoghi con le altre. 	<p>ESEMPI citati: **SIL di Ravenna</p>	<p>ESEMPI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Integrazione tra servizi • Protagonismo del sistema educativo: docenti come attori che pensano nella e per la comunità e scuole aperte alla comunità • Nuove spinte culturali e imprenditoriali: economia di tipo generativo (tutti utili, nessuno deve essere più solo) • Nuova costruzione del sé e di legami: sistema di relazioni con famiglia, amici, ecc

PREOCCUPAZIONI/PAURE/OSTACOLI	PREOCCUPAZIONI/PAURE/OSTACOLI		PREOCCUPAZIONI
<ul style="list-style-type: none"> Nell'immaginario collettivo permane fortemente la paura del diverso (i servizi, a volte, sono più avanti di quel che la società è pronta nel suo insieme ad accettare, ad esempio in termini di inclusione delle diversità...) Paura che le nuove misure proposte siano tutta un'UTOPIA, "negli enunciati sono tutti bravissimi", "non ci viene detto come si integrano gli strumenti e le culture differenti, sarà necessario un accompagnamento puntuale su sperimentazioni e pratiche". Paura di una eccessiva medicalizzazione della vita delle persone Arroccamento nelle proprie modalità operative e nei propri saperi professionali, gelosie di settore, difficoltà a confrontarsi Conoscendo le risorse a disposizione, frustrazione rispetto al fatto che il budget non sarà neanche vicino alle aspirazioni che gli operatori hanno per riuscire a portare avanti le azioni ritenute opportune, è necessario conoscere prima le possibilità reali e non creare false aspettative sia negli utenti che negli operatori. La SCUOLA potrebbe giocare un'importante ruolo in termini di PREVENZIONE della marginalità di tanti giovani studenti, investendo attenzioni ed azioni sulle famiglie fragili non solo economicamente ma anche culturalmente, la paura è che non abbia abbastanza risorse al suo interno per farlo in maniera adeguata. Una grande preoccupazione: il ruolo della nuova Agenzia regionale per il lavoro, sarebbe auspicabile che giocasse un ruolo importante sul tema degli inserimenti lavorativi delle persone svantaggiate. 	Quale preoccupazione Avere/non avere strumenti amministrativi adeguati	Cosa faccio io per/cosa occorre per... Utilizzare gli attuali strumenti a disposizione con una logica diversa, una logica 'pro'; ad es.	<ul style="list-style-type: none"> Il lavoro manca non solo per colpa della crisi Al momento l'inclusione fittizia delle persone con tirocini che prima o poi terminano Le misure pensate sono sempre riparative Nuove normative e strumenti (RES, SIA, ecc) sono viste non come opportunità ma come appesantimento e complicazione dei percorsi (forma e non sostanze e reale opportunità e cambiamento) Scarsa capacità di analisi dei servizi che non leggono il contesto di vita dei singoli Misure sempre a termine, precarie e temporanee Come coinvolgere le aziende e il mondo produttivo Il reddito e la produttività non possono essere l'unico metro di misura -
	Burocratizzazione dei servizi e sistema rigido di regole decodificate vs flessibilità e innovazione.	<i>'negli appalti da noi fatti, mettere le clause sociali'</i>	
	Attuale situazione di crisi economica che non permette di trovare postazioni lavorative	<ul style="list-style-type: none"> - <i>'l'Azienda USL...siamo l'azienda più grande'...'i nostri clienti sono i contribuenti!</i> - <i>Cooperazione sociale che fornisce servizi di qualità ed è presente in modo diffuso sul territorio</i> 	
	Il lavoro come opportunità di autonomia e di cittadinanza...E il lavoro per chi non ha cittadinanza?		

Gruppo E: POLITICHE PER LA PARTECIPAZIONE E LA RESPONSABILIZZAZIONE DEI CITTADINI

Reggio Emilia	Cesena	Bologna
<p>LE ASPIRAZIONI</p> <p>Etichetta: RETE e Organizzazione del Welfare Comunitario</p> <p>La promozione dell'empowerment e la responsabilizzazione comportano, per l'organizzazione dei servizi sociali e sanitari, una rivisitazione, un rinnovamento non solo nello stile (CULTURA) ma anche nella stessa organizzazione del lavoro, sia per quanto attiene all'area sociale che in riferimento alle attività in campo sanitario. Ciò comporta la possibilità di creare:</p> <p>Gruppi di lavoro multidisciplinari, spazi di lavoro nei quali 'pensare insieme', per creare sintesi e azione coerente rispetto alle criticità raccolte: <i>"riuscire a confrontarci sulle criticità di tutti, per poter pensare insieme"</i></p> <p>Creazione/rafforzamento di aree di aiuto e di collaborazione con volontariato, singoli cittadini e cittadini organizzati in modo informale</p> <p>Dispositivi 'comunitari' di informazione e di comunicazione, per 'rendere visibile' ciò che a livello comunitario viene pensato e realizzato</p> <p>Quota tempo -lavoro riconosciuta e funzionalmente attribuita all'interno della complessiva organizzazione del lavoro degli operatori (siano essi assistenti sociali, educatori, psichiatri, ostetriche...), finalizzata alla cura delle relazioni con la comunità</p> <p>Progettazione della comunità e dei servizi, intesa nella forma di "alleanza tra istituzioni/servizi e comunità"; un esempio di questa forma di progettualità è un servizio integrato comunitario (pubblico, TS, Sindacati....) che fornisce un punto di informazione 'unico' per il cittadino: <i>"una maggiore progettualità mista può diventare servizio più semplice"</i></p>	<p>ASPIRAZIONI</p> <ul style="list-style-type: none"> - ASSISTENTI SOCIALI NON + PER TARGET MA PER TERRITORI - COMUNITÀ CIRCOSCRITTA DOVE LA DIMENSIONE DEL SINGOLO, FAMIGLIA E TERRITORIO ERA A TRE DIMENSIONI A che comunità facciamo riferimento? (IMPORTANTE) gli specialisti devono cedere un po' della loro specializzazione per avvicinarsi al singolo percorsi più responsabili più lavoro per la comunità quali operatori? - + INFERMIERI E MEDICI DI FAMIGLIA PER TERRITORIO, - OSPEDALE - INSIEME: perché da soli non si va più avanti - PUBBLICO+PRIVATO+VOLONTARIATO= SUCCESSO - IDENTITÀ' -> DIVERSITÀ' - INTERMEDIAZIONE (a tutti i livelli) regole della comunità, confronto con la realtà, riprendere le fila di una partecipazione che dal 78 deve ritornare ad essere il punto di svolta. - Tornare indietro per ricercare la partecipazione (persone che valgono e che sono motivate) - TRIANGOLO: INTERMEDIAZIONE-IDENTITÀ-DIVERSITÀ - PROTAGONISTI -> far sì che le persone siano protagoniste e non solo fruitrici di servizi -> Diventano esperti -> la persona malata, non + i suoi familiari - RIVALORIZZARE LA FIGURA DELL'ASS.SOC. COME FIGURA PROFESSIONALE - LAVORO -> DIGNITÀ ALLA PERSONA 	<p>Le aspirazioni</p> <p>Etichetta: Metodi e Strumenti del Welfare Comunitario</p> <p>Mettere in moto meccanismi di prossimità, di analisi/ricerca dei bisogni non espressi, di ascolto, di informazione, ma anche di sollecitazione/aggancio anche <i>'di chi non viene...gli invisibili'</i>. Mettere in campo modalità di lettura e risposta integrata ai bisogni rilevati</p> <p>Co-Progettazione dei servizi aperta ai cittadini utilizzatori e formulata secondo il 'gruppo di lavoro' * Funzione di accompagnamento istituzionale e vigile da parte del pubblico nel percorso di co-progettazione svolto dalla persona</p> <p>Usare l'uscire dal ruolo: grazie a formazione e contesto organizzativo adeguato, sviluppare la possibilità di essere 'operatori antenna del territorio', di lavorare sul territorio, per fare emergere le competenze delle persone che fanno una comunità **, <i>'lavorare dentro il territorio per esplorarlo e conoscerne le risorse e le competenze'</i>.</p> <p>Piani di zona <i>'come patti tra cittadini, dove dentro ci sia l'impegno di ognuno'</i></p> <p>Etichetta: Cultura e Welfare Comunitario</p> <p>Sull'asse cultura è fondamentale stimolare l'idea del dono. <i>'Il dono è potere ed abilità, elimina il concetto di mercato ed attiva circoli virtuosi, perché ci si attiva per ricambiare, non in modo obbligatorio'</i></p> <p>Per i servizi occorre superare la logica della specializzazione, <i>'superare i confini, con umiltà e coraggio'</i></p> <p>L'inclusione attiva è legata alla efficacia e non all'efficienza: le politiche per la partecipazione e la</p>

<p><i>per il cittadino”</i></p> <p>Etichetta: Cultura e Welfare Comunitario</p> <p>Lo stile trasversale ai servizi, di inclusione attiva, sviluppo dell’empowerment, di capacitazione, può essere assunto solo se si promuove lo sviluppo di una cultura non ancora così diffusa nei servizi sociali e sanitari, quella che fa riferimento alla progettualità diffusa, alla ‘possibilità di scelta ampia’, alla visione di opportunità nella comunità, a disposizione grazie alla capacità dei cittadini di mettersi in gioco e di abbandonare logiche legate alla delega ai servizi. Sull’asse cultura è fondamentale stimolare innanzitutto gli operatori, promuovendo la formazione o l’approfondimento di aspetti quali: la co-progettazione, la decodifica delle richieste, la co-responsabilità, lo sviluppo del senso di appartenenza, le metodologie e strumenti di informazione, aggregazione, condivisione.</p> <p>La cultura della responsabilizzazione dei cittadini deve essere promossa tenendo conto delle diverse generazioni.</p> <p>Tutto ciò permette di passare dal ‘ma.....non fanno’ oppure dal ‘mi hanno detto che qui avete risposte’ al “...ho un’idea!”</p> <p>Il primo cambiamento culturale forte è interno ai servizi e anche personale, legato al singolo operatore; richiama un forte senso di appartenenza alla comunità: <i>“siamo operatori e anche cittadini, pensiamoci cittadini!”</i></p>	<p>- TUTTE LE PERSONE DEVONO AVERE UN RUOLO ATTIVO NEL PERCORSO DI CURA</p> <p>-> 1° operatori formati a riconoscere le capacità e condividerlo con le persone</p> <p>-> maggiore conoscenza alle persone -> maggiore capacità di reazione</p> <p>- POTENZIARE LE CAPACITA'</p> <p>- TRASVERSALITA' DEI FONDI -> CITTADINANZA ATTIVA</p> <p>- PARTECIPAZIONE SULLA DECISIONE -> -</p> <p>PROTAGONISTI DELLE SCELTE</p> <p>- METTERE IN RETE TUTTE LE PERSONE PER</p> <p>-> conoscere i bisogni</p> <p>-> capire che qui no è importante la PIC (???) ma il prendersi cura</p>	<p>responsabilizzazione dei cittadini non sono orientate al ‘risparmio’</p>
<p>LE PRATICHE (CHE DISCENDONO DALLE ASPIRAZIONI)</p> <hr/> <p>Studiare metodologie e strumenti in grado di coinvolgere e far partecipare</p> <p>Spazi di ascolto comunitario: veri e propri luoghi di ascolto non solo del cittadino ma anche degli operatori, contesti di relazione nei quali si comunica, si informa o ci si informa, si co-progetta, si fanno</p>	<p>PRATICHE</p> <ul style="list-style-type: none"> - PARTECIPAZIONE DIRETTA DEL PAZIENTE NEL PROCESSO DI CURA (ambito tossicodipendenze) paziente all’interno equipe+formatore; vede l’orizzonte di cura - ASSEMBLEA CON PAZIENTI (SERT) MENSILI 	<p>Le pratiche (quali azioni possibili ne discendono)</p> <p>Gruppi AMA. L’auto-mutuo aiuto favorisce la responsabilizzazione della persona, ne fa emergere le risorse, è capace di produrre empowerment e consente la riappropriazione delle risorse della persona; spesso genera associazionismo e volontariato. E’ un diritto dei cittadini conoscere le opportunità dell’AMA e un dovere per gli operatori promuoverlo. A tal fine è necessaria una azione di formazione e sensibilizzazione</p>

proposte
Pratiche di responsabilizzazione quotidiana da parte degli operatori dei servizi sociali e sanitari nei confronti del singolo utente/paziente/cittadino : capacità di ascolto, modalità di relazione empatica, capacità di riconoscere cosa nasce dal basso ...
Programmi sperimentali con valutazione di impatto
Formazione per esercitare il ruolo di facilitatori e svolgere la funzione di 'garanti'
 Utilizzo di "**strumenti di attivazione del cittadino**" (questionario, focus group...)
Banca delle competenze
Banca del tempo
Co-housing
Cura di ambienti collettivi/pubblici
 Piattaforme per condividere **trasporti** (car sharing tra cittadini)

CON O.D.G.
 finita per scarsità di partecipazione

- IDENTITA':
 1. NO ETICHETTA
 2. CONSIDERARE LE PERSONE
 3. NON CONSIDERARE LE PATOLOGIE
- FAMIGLIARI: REALE AIUTO
 - > aiuto alla famiglia
 - > diminuirebbe spese ospedale

PIANO SOC. SANITARIO	
QUALI POLITICHE?	CITTADINANZA ATTIVA
DOVE PUO' AVVENIRE?	
IN CHE LUOGO?	

- APERTURA MENTALE DEL PIANO
 - > Welfare comunitario
 - > persone come risorse

degli operatori socio-sanitari, dei MMG, delle farmacie. Creazioni di spazi e **luoghi fisici per la comunità** ***. Si pensa a un punto unico di accesso alle informazioni, un punto della comunità, del territorio, veicolo rispetto alla rete dei servizi, ai bisogni dei cittadini, di progettazione, di orientamento delle risorse comunitarie. Un luogo in cui sia visibile il lavoro di comunità, con progettazione e gestione partecipate, non necessariamente 'del pubblico', ma sicuramente della comunità (cooperative, associazioni, vicinato, gruppi AMA...). *'E' un luogo che già adesso abbiamo, nel senso che non necessariamente occorre costruire..è un luogo di cura ed è un luogo sociale, dove il pubblico ha una funzione di regia e di messa a sistema, in cui ognuno può dare quello che sa fare'*
 Sperimentazione di **co-progettazione di alcuni servizi di base aperta ai cittadini utilizzatori** e formulate secondo il 'gruppo di lavoro' *
 Percorsi di riconoscimento delle **figure di riferimento/portavoce di una comunità:** partecipazione alle decisioni, referenza nei gruppi di lavoro istituzionali. Si tratta di valorizzare alcune persone che nelle comunità più di altri sanno agire come 'educatori di comunità' che possono essere soggetti che agiscono forme di inclusione attiva verso chi è più fragile
 Percorsi di riconoscimento del **diritto di voto per gli stranieri**, fondamentale per la partecipazione: *'che non ha diritti politici non viene ascoltato*
 Riconoscere la **tessera sanitaria** a tutti (modello Barcellona) che abbassa i costi e permette responsabilizzazione
 Percorsi- laboratori brevi sulla **comunicazione**, rivolta a tutti i cittadini e curata da giovani laureati in psicologia, scienze della formazioni, assistenza sociale... : *'oggi si parla in due modi: o ci si parla addosso oppure mentre si parla di guarda un tablet'*
 Investire sulla **scuola**, come **luogo formativo di partecipazione**. La scuola è un formidabile contesto

		partecipativo, ma per sfruttarne le potenzialità, per farne luogo di esercizio di partecipazione e responsabilizzazione occorre una specifica formazione per gli insegnanti . La scuola diventa luogo di comunità, ad es. i genitori aiutano nella gestione della scuola, i bambini collaborano con gli anziani del centro sociale...				
ESEMPI citati: I Saggi di San Cesario; G.a.s.; Cura collettiva di un bene comune (forno, parco)	ESEMPI Comunicazione -> per aumentare la prevenzione -> informazione -> ma ci sono pochi esperti -> creare le competenze nel campo sanitario Promotore di salute, facilitatore (non deve essere una terza persona, deve essere indirizzato verso tutti) Ascolto: confronto a tutti i livelli, accogliere l'altro NUOVO PIANO DI ZONA (SENZA STIGMA -> TARGET) RELAZIONE -> APPARTENENZA DI UN GRUPPO (ES. utente-medico) ESEMPIO RIMINI: a) ASP+COMUNI+ASL+ASSOCIAZIONI; b) CENTRO A SOSTEGNO DELLA PERDITA DI MEMORIA RICONOSCERE PERSONE E LUOGHI (casa della salute) RIPARTIZIONE DELLE RISORSE PER I CAREGIVER ASS. A.M.A. (Auto Mutuo Aiuto) LA VITA (RA – salute mentale) PROGETTO DI VITA -> diversi bisogni -> diversi momenti di vita -> diverse risposte	ESEMPI citati: * un esempio di come si possano costruire percorsi strutturati e verificabili che unisce la Coprogettazione, l'apporto di Utenti Esperti e la Recovery (priorità della riappropriazione della propria vita rispetto alle pura eliminazione dei sintomi) è lo strumento CòRe nato dalla collaborazione di diversi servizi e organizzazioni che si sono confrontate sui temi della coproduzione nei servizi per la salute mentale. L'obiettivo principale dello strumento è favorire percorsi di cambiamento organizzativo coprodotti da operatori, utenti e familiari. **Strumento di mappatura delle competenze delle persone della comunità e delle associazioni utilizzabile: ABCDE Institute ; impiegato dagli operatori anche come strumento di aggancio dei cittadini *** Community Center in Canada: viene svolto da parte degli operatori/volontari/cittadini competenti un 'triage comunitario' (una sorta di sportello di orientamento ai percorsi amministrativi e ai servizi, di orientamento ed indirizzo; si analizza il bisogno di ognuno e si indirizza la persona al servizio più opportuno), inoltre è un luogo fisico per tutta la comunità dove svolgere eventi e creare momenti di socializzazione Tolosa: Casa delle Diversità				
LE PREOCCUPAZIONI/OSTACOLI	PREOCCUPAZIONI/PAURE -MANCANZA MMG - Cala l'appartenenza perché non si è più legati a	Le preoccupazioni <table border="1"> <thead> <tr> <th>Quale preoccupazione</th> <th>Cosa faccio io</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Quale preoccupazione	Cosa faccio io		
Quale preoccupazione	Cosa faccio io					

Quale preoccupazione	Cosa faccio io per/cosa occorre per...	qualcosa: bisogna ritornare a lavorare sul sociosanitario		per/cosa occorre per...
<p>Avere/non avere strumenti amministrativi adeguati</p> <p>Paura della responsabilità istituzionale (es. assicurazione, gestione singoli volontari, vincoli burocratici) e <i>“dei nostri stessi strumenti, che creano dipendenza”</i> (es. indennità di disoccupazione)</p> <p>Problema dei costi-benefici nello sviluppo di progetti di empowerment rispetto alla attuale risposta dei servizi legata a logiche di economicità ed efficienza</p>	<p>Disposizioni regionali che orientano dal punto di vista organizzativo e gestionale</p>	<p>- Mutuoaiuto tra i vicini oggi questo non succede più, aspetti da riprendere in mano e mettere in gioco</p> <p>- Difficile creare un processo realista: come raggiungere tutti? (alcune persone mancano sempre, es. giovani, stranieri); cosa manca? Una cultura diversa? Manca una competenza diversa? Mediatore?</p> <p>- Perché non siamo ancora pronti a trovare e cercare tutti</p> <p>- Aumentare le competenze</p> <p>- Non focalizzarsi solo sulla propria esperienza (es. soluzioni integrative)</p> <p>- La prevenzione non da profitto immediato</p>	<p>Il pubblico chiede all'associazionismo e l'associazionismo partecipa senza avere una ricaduta concreta</p>	<p>La persona al centro, come 'focus' e oggetto di attenzione; Coinvolgimento delle associazioni non solo in fase di progettazione ed effettivo loro affiancamento nello sviluppo / evoluzione progettuale</p>
<p>Remare contro : sensazione di essere soli, di agire quasi a titolo personale</p>	<p>Non attribuire ad altri il mancato cambiamento</p>	<p>- Il pubblico è stato venduto al privato (negativo)</p> <p>- MULTIPROBLEMATICITA': reddito di cittadinanza; Aumentare le conoscenze; problema stigma (salute mentale)</p>	<p>Sostenibilità per l'investimento nel lavoro di comunità; costo riconosciuto/sostenibile della partecipazione</p>	
<p>Burocratizzazione dei servizi e sistema rigido di regole decodificate vs flessibilità e innovazione. Sostenibilità per l'investimento nel lavoro di comunità</p>	<p>Disposizioni regionali che vincolano i servizi dal punto di vista organizzativo e gestionale a dotarsi di sistemi organizzativi operativi flessibili</p>	<p>MMG: DOVE SONO???</p> <p>DIFFICOLTA TRA LE RELAZIONI: perché ci sono i ruoli; perché ci sono persone aperte e persone chiuse</p>		
		<p>-CAPACITAZIONE (Cittadinanza Attiva)</p> <p style="padding-left: 40px;">-> paura di migliorare</p> <p style="padding-left: 40px;">-> paura di riprendersi in mano la propria vita</p> <p>- Se la persona non si attiva</p> <p style="padding-left: 40px;">-> non servono le medicine</p> <p style="padding-left: 40px;">-> non servono gli aiuti</p>		

Gruppo F: POLITICHE PER LA QUALIFICAZIONE DEI SERVIZI

Reggio Emilia	Cesena	Bologna
<p>ASPIRAZIONI</p> <p>Focus sull'organizzazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Superamento delle rigidità organizzative • Superare le divisioni • Trasversalità • Professionalizzazione di alcune figure (facilitatori totali), no ai tecnicismi, ma tutti i soggetti potranno esercitare il proprio ruolo • Risposte differenziate • Riuscire a vedere prima • Regole • La qualità non si trova nella risposta tecnica forse nella relazione? • Valorizzare le reti informali • Che i facilitatori sociali possano avere maggiore visibilità <p>Focus su capacità/responsabilità</p> <ul style="list-style-type: none"> • Affrontare le questioni del piano meno burocraticamente • Non solo responsabilità pubblica • Sistema pubblico deve coltivare la responsabilità collettiva • Superamento dualismo pubblico/privato • Come essere coerenti a qualcosa che noi generiamo, politiche di co-responsabilità • Educazione del cittadini e conoscenze • Tutti abbiamo la titolarità per innovare <p>Focus su aspetti di relazione/modalità</p> <ul style="list-style-type: none"> • Parlare con e non di • Capacità di elaborare risposte indipendentemente da categorie, ma alle/con le persone • Non rendicontazione dei diritti da parte dei 	<p>Definizione : Coerenza, ascolto, costo, flessibilità, centralità del paziente, facile, responsabilità, professionalità, creatività, coraggio, intraprendenza, appropriatezza, interazione, integrazione, riorganizzazione, valutazione, innovazione, bio-psico-sociale, confronto</p> <p>ASPIRAZIONI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Riuscire a dare coerenza tra obiettivi e strumenti • Avere più equilibrio: fra identità e un "minestrone" di tutto nello sviluppo delle figure professionali • Avere più pazienza e tempo x confrontare le esperienze • Avere più appropriatezza e non sprecare le risorse disponibili • Avere meno burocrazia e meno distanza temporale fra il momento in cui una persona viene ascoltata e il momento in cui si fanno gli atti e la presa in carico per lui • Chiarezza della collocazione del servizio all'esterno e all'interno delle riorganizzazioni e della sua missione con flessibilità e possibilità di adeguare i percorsi i professionisti e le organizzazioni all'attualità • Ridimensionare autoreferenzialità • Le persone che vi lavorano devono riconoscersi in quei servizi • Appartenenza – identità – notorietà dei processi • Percorsi chiari – valutazione percorsi in essere individuando dei facilitatori • Tutto il personale deve essere a conoscenza 	<p>ASPIRAZIONI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trasformare i servizi in qualcosa in cui al centro vi sia la persona e la sua famiglia (no standardizzazione). • Globalizzazione della persona • Rete di servizi che si mette in funzione per eliminare le barriere • Continuità della cura (quando si esce dalla scuola ci sono pochi servizi a supporto) in tutto il percorso di vita della persona. • Utilizzare un buon servizio di informatizzazione e costruire rete informatizzata a livello regionale per programmare interventi • Libertà di scelta per i pazienti/utenti • Equità di cura e trattamento • Messa in rete delle risorse • Messa in rete dei servizi sanitari, sociali e luoghi di vita. • Il Sistema sanitario dovrebbe migliorare il rapporto tra servizi sanitari e Medici di famiglia. Eccesso di autonomia dei Medici di famiglia • Presa in carico dell'utente (in particolare gli anziani), che è un momento di difficoltà in cui vi è bisogno di supporto rispetto ai carichi burocratici e logistici • Coerenza fra caratteristiche dei servizi territoriali e caratteristiche del territorio. • Implementazione dei PDTA • Qualità dei servizi • Scelta del modello di welfare regionale fra servizi pubblici residuali e servizi

<p>fruitori e non arroccamento del pubblico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coinvolgimento utente nei percorsi decisionali <p>Focus su cultura/premesse/logiche di azione</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambio di paradigma come essere più accoglienti e meno burocrazia e parlare con • È possibile parlare ancora di ristrutturazione/riorganizzazione o l'azione dovrebbe essere più radicale? • Prossimità <p>Focus su valutazione</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valutare i percorsi di accompagnamento delle persone • Valutare e auto valutare/ valutazione partecipata • Che i facilitatori sociali possano avere maggiore visibilità 	<p>del cosa c'è prima e cosa c'è dopo rispetto al pezzo di attività che io svolgo</p> <ul style="list-style-type: none"> • MMG e operatori socio-sanitari come facilitatori dei cittadini • Uscire dalla logica della prestazione/specializzazione verso una logica del bisogno del cittadino 	<p>compartecipati</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agganciare le condizioni di indigenza e solitudine • Avere un utente più consapevole dei suoi diritti e doveri rispetto all'uso dei servizi
<p>PRATICHE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Come innovare un edificio del '900 (metafora dei nostri servizi) con le tecnologie attuali/nell'epoca della modernità? • Cambiare le strategie per renderle più adeguate al mondo e ai fenomeni che vengono portati ai servizi: ad esempio l'aumento dei bambini certificati perché non riescono a stare attenti quando sappiamo che stanno ore davanti al televisore e hanno una vita iper stimolata come è possibile che stiano a scuola mantenendo l'attenzione richiesta? • Dare agli altri quello che vorrei ricevere • Riconoscere il ruolo di facilitatore degli utenti/familiari • "Pratiche che non risentano degli stereotipi e basarci sulla competenza delle persone indipendentemente dall'Etichetta/categoria" • Riconoscere il fatto che gli operatori sono persone • Cambiamento certo, se riusciamo a prendere 	<p>PRATICHE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coerenza tra obiettivi che abbiamo e azioni che facciamo • Valutare la qualità percepita del cittadini attraverso strumenti a disposizione di tutti • Leggi che ti consentono di creare nei fatti la prossimità e di superare le distanze che il nostro sistema produce • Migliorare professionalità del personale (formazione permanente) • Uscire dalle proprie organizzazioni dalla proprie appartenenze x concentrarsi sull'obiettivo del lavoro, coinvolgendo l'interessato come esperto del suo bisogno • Intercettare le iniziative dei singoli da parte delle istituzioni • Migliorare l'accoglienza/le strutture/ i percorsi, i tempi di attesa • Adeguare il personale • Partecipazione alle definizioni dei requisiti di qualità di un determinato servizio da parte dei 	<p>PRATICHE (CHE DISCENDONO DALLE ASPIRAZIONI)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lavorare diversamente con il Privato Sociale e il Terzo settore per costruire insieme le risposte ai bisogni, coinvolgendo le associazioni fin da subito. • Co-progettazione sul caso e sul servizio, coinvolgendo attorno a questo le associazioni. Ciò si potrebbe tradurre in Protocolli d'intesa o Patti di solidarietà fra/con associazioni. • Ascolto attento dei bisogni dell'utente in termini di maggior tempo da dedicare per capire i reali bisogni. • Punti di ascolto popolati da figure di accompagnamento. • Formazione all'ascolto da parte degli operatori sanitari e sociali. • Mettere gli operatori nelle condizioni di ascoltare (sviluppo delle competenze e qualificazione). • Come fare integrazione/rete? Proposta di assumere il documento "Linee Guida per la

<p>dentro gli utenti già nei momenti di analisi dei problemi e di decisione</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cose da cambiare: le unità di valutazione multidimensionale, l'analisi dei casi, andare oltre la frammentazione delle risposte e la pesantezza dei processi di integrazione fra operatori/unità operative/servizi che lasciano sullo sfondo l'utente (risorse che si perdono) • Sperimentazioni inedite, andare molto più avanti, cambiare il paradigma delle modalità attuali di cooperazione tra i diversi attori • Agire la prossimità, percorsi • Territorio come luogo della risolutività: co-progettazione, rete, con sosta sul singolo, "giocare un proprio sapere", cercare uno spazio di ascolto e di dialogo 	<p>cittadini e dei professionisti a seconda del servizio di cui si parla</p> <ul style="list-style-type: none"> • Non fare manutenzione – ma dobbiamo smontare e rimontare • Collegare fra loro i pezzi • Possibilità di spacchettare i servizi che abbiamo a seconda dei bisogni dei cittadini • Costruire i percorsi con i cittadini • Fare incontrare le persone che hanno bisogno (auto-mutuo-aiuto) con i professionisti • 	<p>rendicontazione sociale nei Comuni": elaborazione del bilancio sociale, individuazione dei bisogni, valutazione degli esiti. [Il documento viene consegnato al verbalizzante]</p> <ul style="list-style-type: none"> • La persona dovrebbe seguire un unico percorso ed essere seguita in tutto il suo corso di vita. • ESEMPIO: (Riferito alla salute mentale) Dalla neuropsichiatria infantile a alla psichiatria adulti alla geriatria • Terapia informatizzata per permettere collegamento fra ospedali diversi. • Concordare schemi di terapia (per la profilassi) che siano standardizzabili (ai fini di ridurre prescrizioni inappropriate). • Condividere un unico linguaggio informatico. • Omogeneizzare protocolli fra ospedali piccoli e ospedali grandi. • Libertà di scelta del luogo di cura e del medico che cura. • Percorsi condivisi e strutturati. • Portare le buone pratiche sul territorio nel senso di farle conoscere di più. • Linguaggio comune e formazione comune. • Costruire percorsi condivisibili a partire dai bisogni dei cittadini (es. PDTA costruiti insieme ai pazienti). • Protocolli che stringono più le maglie su MMG. • Formazione più adeguata agli operatori dedicati alla presa in carico. • Informazioni su utente condivise da tutti (far dialogare i diversi sistemi informatici (es. attivazione del Certificato d'invalidità condiviso con Inps). • Avere parametri di valutazione economica nell'organizzazione dei servizi, che siano differenziati in base alle caratteristiche del
---	---	--

		<p>territorio (es. città, montagna, pianura), che tengano conto delle iniquità e delle sperequazioni nel livello di servizio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementazione di PDTA per permettere al paziente di essere preso in carico e poter condurre un percorso senza essere abbandonato (es. sviluppato a Bologna per la Lungodegenza post-acuzie). • Sviluppare PDTA per la neoplasia della mammella. • Le Linee Guida, che ci sono, devono essere rese patrimonio comune. • Servizi qualificati che seguono in continuità e servizi in cui si propone al cittadino anche l'offerta che c'è nel privato, compatibilmente con la sua disponibilità economico-finanziaria. Ciò significa che ci devono essere comunità interdisciplinari legate a un territorio e a un luogo organizzativo (ad es. Le Case della Salute). Équipe multi professionali legate a un luogo che facciano valutazione multidimensionale. • Costruire sistema di servizi partecipato (copresenza) da diverse professionalità (sanitarie e sociali) • Il medico di famiglia riconosce la condizione e attiva gli altri servizi • Servizi più proattivi che raggiungano l'utente. Nella valutazione di esito ed efficacia dei professionisti/servizi la si rende una condizione sine qua non. • Definire e potenziare la Case della Salute in modo che la collaborazione con il Medico di famiglia sia meglio definita e avvenga realmente. • Azioni di educazione sanitaria su come utilizzare i servizi in maniera propria.
--	--	--

<p>ESEMPI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Introdurre condizioni che consentano la costruzione di gruppi di lavoro interprofessionali e inter organizzativi adeguatamente formati, stabili, orientati ad un pensiero strategico comune più che alla salvaguardia degli ambiti e dei confini di competenza • Operatori di comunità • I servizi si qualificano nel momento in cui si confrontano e abbandonano l'iper tecnologismo • Co-produzione di servizi e di formazione con gli utenti che hanno una percezione di sé, non come somma di bisogni ma come persone • Progetto ITACA di Parma • Facilitatori sociali /utenti e familiari 	<p>ESEMPI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facciamo slogan e li buttiamo via prima di averli attuati • Trovare pochi indicatori descrittivi e sintetici che mi dicano se ho migliorato la vita alle persone • Valutazione fatta da più professionisti (multidimensionale e multi professionale) affinché sia veramente di qualità • Fare progetti sulle persone e sulle situazioni e poi fare delle verifiche sulla sua efficacia • Budget di salute come momento e strumento semplificato tra le varie istanze (utente, progetto, atto amministrativo, soldi necessità) • Assistenza domiciliare con percorso non chiaro al cittadino che spende energie inutilmente • PDTA documenti che qualificano e che tutelano anche i cittadini • Dimissioni protette dalla lungodegenza sono protocolli conosciuti dai professionisti e dall'organizzazione e non dai cittadini • Creare momenti/azioni in cui la popolazione possa apprendere i percorsi (esempio sentinelle) • Diagnosi non è un bisogno complessivo. Per garantire equità non posso guardare solo i percorsi complessivi (es. PDTA) perché rischio di creare disuguaglianze verso la patologia che ancora non hanno percorsi • Flessibilità dei percorsi che consentano di fare progetti personalizzati • Formazione nuove figure professionali • Infermiere professionale case salute come figure che devono informare • Cercare di tirare fuori le associazioni dal loro guscio • 	
--	---	--

PREOCCUPOAZIONI/PAURE/OSTACOLI	PREOCCUPAZIONI/PAURE/OSTACOLI	PREOCCUPAZIONI/PAURE/OSTACOLI												
<ul style="list-style-type: none"> • Cambiare il paradigma • Come farsi sentire? • Continuare a collaborare • Burocrazia • Ruolo delle cooperative • Non solo ... • Ascoltare di più le persone nei quartieri che gli operatori • Rischio di dicotomia tra servizi e la vita delle persone • Applicare il concetto di risolutività è difficile perché manca la cultura nel territorio • Schematismi di risposta • Meccanismi di delega diffusi • Di avere dei colleghi che si chiudono sempre più • Non riuscire a creare una rete 	<ul style="list-style-type: none"> • Non avere il tempo di misurare quello che facciamo con i tempi che abbiamo • Burocrazia • Target e ragionare x categorie non va bene • Bisogni trasversali – risposte individuali • Dare coerenza tra sociale e sanitario – integrazione • Formazione universitaria ed in generale troppo specialistica • Riprendere rapporti con i cittadini non mediata dagli amministratori/istituzioni uscire dalla verticalità • Situazioni sempre più complesse che non hanno risposte nei protocolli/istituzioni operative esistenti • Servizi e pratiche vecchie non al passo con i tempi • Poca flessibilità dei servizi e dei percorsi • Non poter dimostrare l'efficacia e l'evidenza di quanto fatto con gli strumenti richiesti (indicatori ecc.) • Poco personale • Pochi finanziamenti 	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="1438 236 1800 352">PREOCCUPAZIONI</th> <th data-bbox="1800 236 2047 352">COSA POSSO FARE IO/SI PUO' FARE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1438 352 1800 743"> Calo risorse Arroccamento dei servizi nel loro "pezzetto" Scarica barile di un servizio sull'altro </td> <td data-bbox="1800 352 2047 743"> Cambiare mentalità Ragionare in rete Condividere potenzialità ESEMPI APPLICATIVI: CASE DELLA SALUTE, FORMAZIONE CONDIVISA SU COME REALIZZARE IL BENE COMUNE </td> </tr> <tr> <td data-bbox="1438 743 1800 831"> Diminuzione della qualità delle prestazioni </td> <td data-bbox="1800 743 2047 831"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1438 831 1800 1150"> Quando si programma un cambiamento, è normale alzare l'asticella: abbiamo trovato risorse che mancavano lavorando sull'appropriatezza. Ma in questo si rischia di creare inappropriatazza inversa. </td> <td data-bbox="1800 831 2047 1150"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1438 1150 1800 1318"> Bisogno di un governo chiaro sui meccanismi che regolano il passaggio dei pazienti tra centri Hub e Spoke </td> <td data-bbox="1800 1150 2047 1318"> Servizio di consulenza tempestiva anche per il paziente periferico </td> </tr> <tr> <td data-bbox="1438 1318 1800 1394"> Centralizzazione degli esami di laboratorio ha causato ritardo </td> <td data-bbox="1800 1318 2047 1394"> Informatizzazione </td> </tr> </tbody> </table>	PREOCCUPAZIONI	COSA POSSO FARE IO/SI PUO' FARE	Calo risorse Arroccamento dei servizi nel loro "pezzetto" Scarica barile di un servizio sull'altro	Cambiare mentalità Ragionare in rete Condividere potenzialità ESEMPI APPLICATIVI: CASE DELLA SALUTE, FORMAZIONE CONDIVISA SU COME REALIZZARE IL BENE COMUNE	Diminuzione della qualità delle prestazioni		Quando si programma un cambiamento, è normale alzare l'asticella: abbiamo trovato risorse che mancavano lavorando sull'appropriatezza. Ma in questo si rischia di creare inappropriatazza inversa.		Bisogno di un governo chiaro sui meccanismi che regolano il passaggio dei pazienti tra centri Hub e Spoke	Servizio di consulenza tempestiva anche per il paziente periferico	Centralizzazione degli esami di laboratorio ha causato ritardo	Informatizzazione
PREOCCUPAZIONI	COSA POSSO FARE IO/SI PUO' FARE													
Calo risorse Arroccamento dei servizi nel loro "pezzetto" Scarica barile di un servizio sull'altro	Cambiare mentalità Ragionare in rete Condividere potenzialità ESEMPI APPLICATIVI: CASE DELLA SALUTE, FORMAZIONE CONDIVISA SU COME REALIZZARE IL BENE COMUNE													
Diminuzione della qualità delle prestazioni														
Quando si programma un cambiamento, è normale alzare l'asticella: abbiamo trovato risorse che mancavano lavorando sull'appropriatezza. Ma in questo si rischia di creare inappropriatazza inversa.														
Bisogno di un governo chiaro sui meccanismi che regolano il passaggio dei pazienti tra centri Hub e Spoke	Servizio di consulenza tempestiva anche per il paziente periferico													
Centralizzazione degli esami di laboratorio ha causato ritardo	Informatizzazione													

		nella comunicazione delle risposte su alcuni tipi di esame	
		Mancanza di formazione e ricerca Scarso finanziamento della ricerca	Formazione su temi trasversali (es. comunicazione della diagnosi) fatta con l'Università Ricerca sull'impatto di nuovi modelli organizzativi e gestionali. ESEMPIO: Valutare come lavorano le ASP (Aziende servizi alla persona)
		Rigidità professionale e non reale riordino del settore ospedaliero	Obiettivi comuni a équipes multiprofessionali
		Fragilità/Povertà/Solitudine	Attivare il Terzo settore e la comunità per servizi light (anche finanziando progetti con terzo settore).

V. Allegato Informazioni sulle modalità di conduzione degli incontri

Ogni incontro prevede una specifica struttura:

- Apertura
- Lavoro di gruppo

Le indicazioni fornite ai facilitatori sono contenute nella tabella seguente.

1. Accoglienza gruppo: presentazione di ciascuno componente il gruppo fornendo solo il nome proprio
2. Descrivere e riprendere la priorità su cui lavorerà il gruppo da parte del facilitatore
3. Dare indicazioni su come si lavorerà: popolare la priorità, esplorarla, ogni persona presente è la persona giusta, fare riferimento alla propria esperienza
4. Stabilire uno (meglio due) verbalizzatore nel gruppo se siamo a corto di facilitatori
5. Il facilitatore invita i componenti il gruppo a leggere la descrizione della priorità e di scrivere sul foglio la metafora, l'immagine che gli suscita tale descrizione; poi viene suggerito di scambiare quando scritto con il proprio vicino per un primo confronto a coppie.
6. Il facilitatore inizia il confronto tra i componenti il gruppo attraverso domande : quali **aspirazioni** ci evoca la priorità, quali **azioni** ne discendono, quali **preoccupazioni** a noi suscitano (parlare in prima persona, evitare di attribuire ad altri il mancato cambiamento)
7. Curare la chiusura: riprendere per punti quanto è uscito; ricordare che il tutto verrà trascritto e consegnato. Se c'è spazio attivare una forma di saluto ad es. lasciando al gruppo una parola che è importante, una immagine ecc. semmai scritta e detta su post it
8. Modalità di facilitazione aperta e allo stesso tempo con approccio maieutico, per poter dare un riscontro al gruppo di ciò che sta costruendo in termini di pensiero ed elaborazione attorno alla priorità. Rafforzare l'idea di stare costruendo insieme e nello stesso tempo sentire come ci si sta spostando dalle posizioni/punti di vista individuali di partenza. Sicuramente è difficile da realizzare ma mantenere questo stile aiuta.