IDEE E PROPOSTE PER LA PROGRAMMAZIONE SOCIALE E SANITARIA 2012-2015

Il percorso dell'associazionismo, della cooperazione e del volontariato della provincia di Bologna 2011 - 2012



Centro Servizi per il Volontariato della provincia di Bologna

legacoop bologna

CONFCOOPERATIVE Bologna

AGCI BOLOGNA

PROVINCIA DI BOLOGNA

CTSS Conferenza territoriale sociale e sanitaria di Bologna

Comitato Paritetico Provinciale del Volontariato

FORUM

IDEE E PROPOSTE PER LA PROGRAMMAZIONE SOCIALE E SANITARIA 2012-2015

IL PERCORSO DELL'ASSOCIAZIONISMO, DELLA COOPERAZIONE E DEL VOLONTARIATO DELLA PROVINCIA DI BOLOGNA
2011 - 2012

PROVINCIA DI BOLOGNA

CTSS Conferenza territoriale sociale e sanitaria di Bologna

Centro Servizi per il Volontariato della provincia di Bologna

FORUM del Terzo Settore di Bologna

Comitato Paritetico Provinciale del Volontariato

legacoop bologna

CONFCOOPERATIVE Bologna

AGCI BOLOGNA

Hanno partecipato al percorso**:**

Manuel Ottaviano
Marco Govoni
Moreno Vignoli
Ivan Lisanti
Daniele Steccanella
Costantino Giordano
Chiara Storari
Paolo Klun
Graziano Pepoli
Sedova Loudmilla
Marzia Casolari
Annalisa Bolognesi
Federica Tarsi
Giovanni Mengoli
Fabio Casadio
Giovanni Didio
Caterina Segata
Sandro Ciani
Tiziana Passarini
Ilaria Cicione
Silvia Monari
Marzia Casolari
Marco Matassa
Ada Poli
Paola Paltretti
Fabio Cavicchi
Maria Luisa Stanzani
Luigi Pasquali
Lucia Pieratelli
Maria Leggieri
Francesca Bernaroli
Rita Alberti
Gianluca Rizzello
Elisabetta Bendandi
Diletta Rusolo
Carlo Ciccaglioni
Luana Mulazzani
Liana Baroni
Antonella Pini
Marie F. Delatoure
Grazia Minelli
Chiara Storari
Maria Leggieri
Germano Pepoli
Valter Consorti
Bruna Bellotti
Carla Facchini
Danila Mongardi
Cristina Zanasi
Manuela Cappelli
Franco Brizzi
Pierluigi Grazia
Francesco Costanzini
Oreste De Pietro
Gianni Dal Monte
Gabriella Oliani
Danilo Rasia
Luca De Paoli
Antonella Lazzari
Barbara Brunelli

I Gruppi Tematici

Anziani – Referente - Gianni Dal Monte

Coesione Sociale – Referente - Gabriella Oliani

Politiche Educative – Referente - Oreste De Pietro

Disabilità e Salute Mentale – Referente - Danilo Rasia

Prevenzione – Referente - Francesco Costanzini

Coordinamento

Luca De Paoli - Forum del Terzo Settore di Bologna

Antonella Lazzari - Provincia di Bologna

- Indice -

Presentazione
di *Giuliano Barigazzi*
Assessore Sanità, Servizi sociali e Terzo Settore Provincia di Bologna……....pag.. 5

Introduzione
di *Luca de Paoli*
Portavoce Forum Terzo Settore di Bologna…….…….pag.. 6

Gruppo Tematico Coesione Sociale
di *Gabriella Oliani*…….....…..…..pag. 8

Gruppo Tematico Politiche Educative
di *Oreste De Pietro*.....…….……pag. 15

Gruppo Tematico Anziani
di *Gianni Dal Monte*…….……pag. 21

Gruppo Tematico: Disabilità e Salute Mentale
di *Danilo Rasia*…….…….……...pag. 31

Gruppo Tematico Prevenzione
di *Francesco Costanzini*…….……..pag. 46

Elenco delle Organizzazioni partecipanti…….……pag. 61

Linee guida per la sussidiarietà: un Patto per il territorio
A *cura delle rappresentanze del Tavolo di Confronto del Terzo Settore*……..pag. 63

Presentazione

Il presente lavoro - ideato nell'ambito del Tavolo del Confronto con il Terzo Settore[1] costituito dalla Conferenza Territoriale sociale e sanitaria della Provincia di Bologna - è frutto di un percorso di partecipazione del Terzo settore alla programmazione sociale e sanitaria del prossimo triennio.

L'esperienza realizzata ha diversi pregi, fra cui quello di avere coinvolto nei gruppi di lavoro in cui si è articolato il percorso partecipativo, diversi attori del Terzo settore - associazionismo, volontariato, cooperazione sociale - che si sono confrontati in merito ai cinque temi affrontati: coesione sociale, politiche educative, anziani, disabilità e salute mentale, prevenzione, e sono pervenuti all'elaborazione del presente documento.

Il contributo che ci viene offerto è estremamente interessante e, ritengo, di grande utilità anche per gli operatori pubblici in quanto ci consente di avere una visione dei bisogni e delle criticità così come percepite da soggetti esterni all'apparato pubblico e ci vengono avanzate delle proposte e dei suggerimenti, da valutare attentamente, in previsione anche della programmazione sociale e sanitaria del prossimo triennio.

II presente lavoro è già stato presentato all'Ufficio di Presidenza della CTSS nella seduta del 07.03.2012, che si è confrontato sui contenuti ed ha apprezzato la qualità del processo partecipativo.

Confido che questo processo di partecipazione e di collaborazione diventi una prassi consolidata di lavoro.

L'Assessore

Giuliano Barigazzi

[1] Il Tavolo di confronto con il Terzo settore è composto dal Presidente della CTSS, da rappresentanti degli Enti locali, da un rappresentante dell'AUSL e da rappresentanti del Comitato Paritetico del Volontariato, del Forum del Terzo settore, delle Centrali Cooperative e del Centro Servizi del Volontariato. Il Tavolo di confronto con il Terzo settore, costituito nell'ambito dell'Ufficio di presidenza della CTSS, come previsto dalla Linee guida regionali, è sede permanente di confronto nelle fasi di programmazione, realizzazione e valutazione dei risultati in un'ottica di corresponsabilizzazione dei soggetti del terzo settore. Tratto da " Atto di indirizzo e coordinamento triennale 2009 – 2011" della CTSS di Bologna e Giunta ex CTSS del Nuovo Circondario di Imola.

Introduzione

A cura del Forum del Terzo Settore di Bologna

Il percorso dei Gruppi Tematici avviato e curato dal Tavolo di Confronto con il Terzo Settore costituisce una importante esperienza in cui Terzo Settore e Istituzioni Pubbliche hanno declinato in un unico contesto di sistema partecipazione e sussidiarietà.

L'avvio del processo è avvenuto con la costituzione di gruppi tematici e con l'individuazione dell'obiettivo rappresentato dalla realizzazione di un contribuito del terzo settore alla programmazione sociale e sanitaria della Provincia di Bologna.

I gruppi tematici sono stati costituiti da esperti provenienti dal mondo del volontariato, della promozione sociale, della cooperazione sociale e in generale del Terzo settore o indicati dal referente di gruppo. L'individuazione e l'indicazione degli esperti è stata assegnata alle rappresentanze del Terzo Settore del Tavolo di Confronto. E' stata assicurata una composizione omogenea tra le diverse realtà del terzo settore per garantire una modalità di lavoro condivisa tra cooperazione sociale, promozione sociale e volontariato al fine di dar vita a esempi di buone pratiche di integrazione tra diversi attori del terzo settore, orientando il contributo del Terzo settore verso la programmazione e non solo verso la progettazione

Le caratteristiche del percorso possono essere sintetizzate e evidenziate in alcuni schematici punti

- Individuazione di priorità su alcuni temi del welfare provinciale su cui concentrare la riflessione attraverso un percorso di coinvolgimento attivo del Terzo settore nell'identificazione delle criticità, nella raccolta dei bisogni e nella formulazione di proposte.
- Sviluppare una riflessione sui servizi a livello complessivo
- Promuovere una riflessione tematica e una riflessione del ruolo del Terzo settore nei servizi
- Favorire la crescita del ruolo del Terzo settore e acquisizione di consapevolezza e di responsabilità da parte del no profit
- Configurazione di una rete "possibile" in un contesto tematico condiviso nel quale partecipano insieme Volontariato, Associazionismo, Cooperazione sociale, Organizzazioni non Governative, Fondazioni e altri soggetti del Terzo settore
- Elaborare un documento che, anche attraverso un confronto e una validazione assembleare, costituisca il contributo del Terzo settore.

E' emersa anche l'esigenza di guardare con occhi nuovi a problemi vecchi, cioè la necessità di mettere in discussione alcune soluzioni e di adeguarli all'attuale contesto sociale ed economico.

Da parte dei diversi membri dei Gruppi di lavoro è emersa la consapevolezza dell'attuale momento di crisi e dell'esigenza di una revisione del sistema di welfare, non più e non solo basato su risorse pubbliche, ma fondato su un nuovo concetto di sussidiarietà in cui sia il pubblico sia il no-profit

debbono collaborare, in un'ottica di corresponsabilizzazione e valorizzazione delle rispettive competenze e nel rispetto dei ruoli.

Il lavoro nei gruppi ha altresì consentito un confronto anche fra gli stessi soggetti del Terzo settore, facendo emergere talvolta posizioni divergenti fra le stesse associazioni e fra i diversi attori del mondo no-profit. Crediamo che anche questo abbia rappresentato un arricchimento del percorso compiuto, perché dalla discussione si è generalmente pervenuti alla definizione di una posizione condivisa, capace di fare sintesi fra le diverse posizioni espresse.

Nella parte conclusiva del documento trova spazio una elaborazione espressa in via del tutto condivisa dalle rappresentanze del Tavolo di Confronto con il Terzo Settore sul tema della sussidiarietà e delle sue modalità implementabili sul territorio.

Il Percorso dei Gruppi Tematici per la Programmazione sociale e sanitaria e le Linee Guida per la sussidiarietà sono stati riconosciuti con delibera della Giunta Provinciale n. 194/12.

TAVOLO DI CONFRONTO CON IL TERZO SETTORE - CTSS
Provincia di Bologna

Gruppo tematico: Coesione Sociale

Referente: Gabriella Oliani

Nominativo	Ente di appartenenza	Genere
Manuel Ottaviano	Acli Bologna	Promozione sociale
Marco Govoni	Ecotronic Coop	Cooperazione sociale
Moreno Vignoli	Altercoop	Cooperazione sociale
Ivan Lisanti	Uisp Bologna	Promozione sociale
Daniele Steccanella	Ass. Beati Noi	Volontariato
Costantino Giordano	Avvocato di Strada	Volontariato
Chiara Storari	Ass. Don Giovanni Fornasini	Promozione sociale
Paolo Klun	Amici di Piazza Grande	Volontariato
Graziano Pepoli	Polisportiva Acacis	Promozione sociale
Sedova Loudmilla	Aikmè	Promozione sociale
Marzia Casolari	Associazione Xenia	Promozione sociale

Parole chiave:
Partecipazione attiva
Ascolto
Accoglienza
Diritti
Normalità
Inserimento
Accompagnamento
Cultura delle opportunità
Diritti
Dignità
Vulnerabilità
Opportunità
Accesso ai beni

Premessa

Il gruppo ha affrontato il tema complesso della Coesione Sociale analizzando nello specifico tre diverse sottotematiche che da un lavoro di confronto più ampio sono emerse come maggiormente rilevanti e indicative per approntare linee guida per una futura programmazione in ambito sociale, i tre sottotemi individuati sono: Inclusione; Politiche Attive del Lavoro e Nuove povertà.

Nelle schede che seguono le tre tematiche vengono elicitate attraverso l'individuazione puntuale di criticità, bisogni, punti di forza e proposte, quello che qui si vuole sottolineare è, invece, la forte interconnessione di queste tre aree di lavoro nella convinzione che solamente un approccio organico e integrato possa fornire risposte adeguate ad un tema così sfaccettato come quello della coesione sociale.

Primariamente si è ritenuto fondamentale porre l'accento sul termine stesso "coesione " da intendersi come "unità" non discriminante, che sia rispettosa delle differenze, incentivi l'auto-organizzarsi e l'autorappresentarsi dei soggetti che la compongono, promuovendo sinergie e reti di cittadinanza. Il ruolo delle istituzioni è fondamentale per la governance di questo processo, anche al fine di per favorire la rappresentanza e la partecipazione dei cittadini.

L'**erosione dei diritti fondamentali** afferenti al lavoro e al welfare in primis, ma che coinvolgono anche altri aspetti della vita individuale, è sicuramente il punto di partenza per qualsiasi analisi sul tema della coesione ed infatti, è emerso come snodo fondamentale in ognuno dei tre sottotemi trattati.

L'aumento della fragilità sociale fa ingrossare le file di coloro che superano il limite oltre il quale non si ha più la forza di reagire, nemmeno più quella di chiedere, di rivolgersi ad un servizio del territorio. Chiamiamo questo fenomeno "disafilliazione" , perdita di sé, dissociazione del legame sociale, e comunque qualcosa di vecchio e "moderno" assieme che richiede specifici interventi. E' un fenomeno urbano e si presenta con le caratteristiche di una emergenza umanitaria .

L'attuale crisi non ha fatto che peggiorare questa tendenza di detrimento del diritto in nome di una dubbia razionalità economica, risulta allora fondamentale riproporre come centrali i temi dell'**accoglienza**, dell'**ascolto**, dell'**accompagnamento**, della promozione di nuovi strumenti per garantire maggiori **opportunità** per un paritario **accesso ai beni** ed un effettivo **godimento dei diritti.**

In questo senso è necessaria una **maggiore flessibilità** dei servizi pubblici preposti al sociale e un **rafforzamento del rapporto relazionale** tra questi, al loro interno e con i soggetti privati che si occupano di queste tematiche, in un'ottica di lavoro meno legata alla "normazione" e maggiormente improntata ad una capacità di ascolto e recezione delle nuove fragilità e bisogni, appare fondamentale, inoltre, incentivare **nuove forme di monitoraggio** introducendo indicatori specifici e valorizzando il bagaglio di conoscenza capillare del contesto che le reti già attive hanno accumulato nell'arco di anni di attività su territorio.

Non sono da sottovalutare **forme di relazione solidale meno strutturate**, ma **capaci di ridisegnare lo spazio comunitario**, quali azioni di buon vicinato ed interventi di muto aiuto messe in atto in

maniera spontanea dai cittadini. Avere come prospettiva il territorio, attraverso il quale chi è chiamato a progettare e intervenire deve necessariamente leggere i bisogni cui dare risposta e soprattutto le risorse da cui partire, valorizzandole in modo appropriato.

Consolidare e valorizzare reti di solidarietà, promuovere un circuito solidale e di diritto attraverso una progettualità condivisa e di gestione congiunta delle iniziative, con la partecipazione attiva di attori solidaristici, di singoli cittadini, di rappresentanze dei beneficiari e di istituzioni locali risulta una chiave di lavoro centrale.

Attenzione precipua va posta a categorie particolarmente sensibili quali:

Immigrati

Anziani

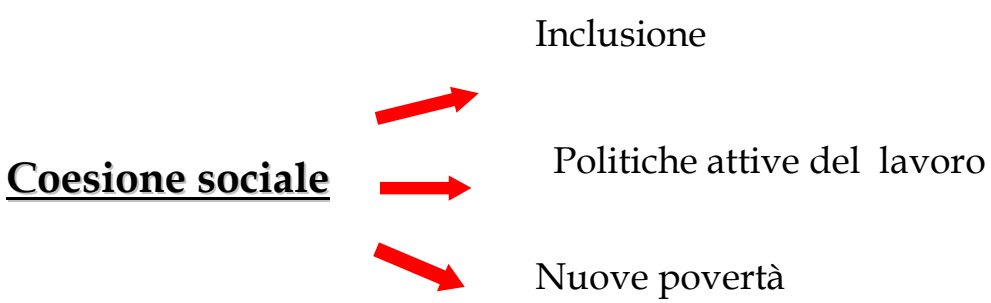
Adulti - disagio grave

Per i primi le rigidità della normativa nazionale, la mancanza di una rete relazionale di riferimento, il frazionamento dei servizi e le difficoltà nelle quali si trovano ad agire gli operatori di settore (discrezionalità della normativa, carenza di fondi, non definizione dei titoli e delle competenze, ecc.) rischiano di provocare una seria limitazione al godimento dei propri diritti, compresa la capacità di partecipazione sociale.

Per gli anziani andrebbero approntate politiche che riconoscono a questa fascia di popolazione un ruolo attivo e partecipativo alla vita comunitaria, anche valorizzando il ruolo che spesso svolgono nell'ambito delle cure informali e dell'aiuto familiare.

Per gli adulti con disagio grave è necessaria una rilettura dei servizi che sia in grado di far fronte a nuovi i bisogni dovuti anche ad una cultura della separazione della famiglia che ha ingenerato una ridondanza delle strutture e di risposte settoriali che non tengono conto dell'organicità dei bisogni della persona.

I SOTTOTEMI



Gruppo Blu: COESIONE SOCIALE

INCLUSIONE

CRITICITA'	
	1. Coesione a rischio per il venir meno dei diritti
	2. Perdita del lavoro favorisce la marginalizzazione
	3. Servizi: non sempre la risposta settoriale funziona
	4. La struttura sociale organizzata non sempre riesce a comunicare la sua funzione
	5. Scarsa info per stranieri. Isolamento e scarsa formazione per operatori. Gravi vincoli normativa.
	6. Carenza reti relazionali parentali e territoriali
	7. Rilettura dei servizi in relazione ai bisogni
	8. Cultura della separazione della famiglia
	9. Ridondanza delle strutture con risposte settoriali

BISOGNI	
	1. Informazione, ascolto e orientamento per donne e minori, migranti, senza dimora, detenuti,ex detenuti, ecc.
	2. Assenza di luoghi di accoglienza per nuclei familiari
	3. Maggiore flessibilità delle risposte
	4 Lettura e rilevazione delle fragilità accompagnati da strumenti adeguati di partecipazione
	5. Monitoraggio delle fragilità, politiche di sostegno alla fragilità
	6. Consolidamento e valorizzazione delle reti

PUNTI DI FORZA	
	1. Le reti dei servizi delle associazioni danno un buon grado di risposta: esiste una buona forma di integrazione informale (rete dialogante)
	2. La rete consente comunque una potenziale capacità di innovazione
	3. Presenza di anziani con funzione di benessere familiare e di presenza nel volontariato
	4. Apparato legislativo locale avanzato (ma no risorse)
	5. Impegno, dedizione e professionalità operatori

PROPOSTE	
	1. Ridefinire il concetto di inclusione
	4. Istituire una cabina di regia anche con il T.S
	3. Realizzare nuovi luoghi di accoglienza
	4. Collegare di più i servizi – sostenere gli operatori e messa in rete delle loro esperienze
	5. Nella legislazione in essere individuare spazi per trovare altri strumenti normativi favorevoli
	6. Raccolta e riproducibilità di pratiche innovative

Gruppo Blu: COESIONE SOCIALE

POLITICHE ATTIVE DEL LAVORO

CRITICITA'	**1.** Scollamento tra esigenze del mercato del lavoro e tipologia della manodopera disponibile
	2. Esistenza di gravi indicatori di disagio giovanile
	3. Aziende non competitive e scarso incontro tra domanda e offerta
	4. Poca integrazione tra politiche sociali e politiche del lavoro e difficoltà nella definizione delle categorie di "svantaggiati"
	5. Impostazione di tipo "imprenditoriale" di enti e istituzioni con affievolimento della funzione pubblica e sociale
	6. Nessuno strumento rivolto all'integrazione tra politiche sociali, del lavoro e dei bandi pubblici; carenza di politiche strutturali

BISOGNI	**1.** Gruppo di lavoro partecipato per meglio definire i gruppi svantaggiati
	2. Introdurre strumenti di welfare non solo per i dipendenti a T. I. ma per chi vive nella precarietà
	3. Raccordo fra le esigenze del mercato e la manodopera disponibile e nuovi bacini d'impiego, necessità di formazione adeguata.
	4. Il tema della transizione e di come ridare lavoro: ragionare in termini solidaristici, nuove professionalità e lavori pagati dai cittadini (e risposta bisogni delle famiglie e impiego nuovi lavori)
	5. Valorizzazione delle competenze di partenza
	6. Maggiore flessibilità nelle risposte per la famiglia; incentivare e sperimentare gruppi di sostegno solidali anzitutto in termini culturali e materiali

PUNTI DI FORZA	**1.** Centri per l'Impiego intesa come rete
	2. Progetto provinciale su 3 sportelli del comune
	3. Messa in rete di ass. sindacali, ass. datoriali, comuni, Ist. Pubbliche e soggetti del privato sociale su iniziativa della Amm. Provinciale

PROPOSTE	1. Ottimizzare l'incontro tra domanda e offerta con risorse della rete
	2. Mappare le competenze e le professionalità della manodopera straniera e porla in collegamento con le richieste.
	3. Mettere in campo interventi formativi rivolti ai giovani, individualizzati e non standardizzati
	4. Accompagnamento e affiancamento di categorie di lavoratori (soggetti deboli, giovani, donne stranieri, tenuti) in azienda
	5. Coinvolgere il TS nell'ampliare la rete per il lavoro, volta a una collaborazione tra domanda e offerta, e con i CIP
	6. Sensibilizzazione ass. datoriali per impulso politiche del lavoro
	7. Prevedere nei bandi il 5% delle commesse a favore di soggetti coop tipo B
	8. Presentare profili ben definiti per la definizione di altre categorie di svantaggiati diverse da quelle già codificate.
	9. Istituire momenti di scambio per mettere a confronto esperienze, pratiche innovative e buone prassi.
	10. Promuovere nuove forme di economia sociale (settore diversi e nuovi)

Gruppo Blu: COESIONE SOCIALE

NUOVE POVERTA'

CRITICITA'
1. La crisi economica ha solo acuito un processo già avviato di peggioramento delle condizioni di precarietà e fragilità
2. Gli interventi per alleviare e contrastare la crisi economica sono ancora ancorati a una visione caritativa e assistenzialista.
3. Insufficiente il confronto e l'ideazione di nuove pratiche economiche e sociali per l'empowerement
4. Insufficiente coordinamento tra le azioni di rete

BISOGNI
1. Necessità di maggiori strutture di accoglienza a bassa soglia
2. Progetti di transizione sociale e lavorativa coordinati con le associazioni
3. Inadeguatezza delle opportunità formative
4. Supporto alla partecipazione
5. Alloggi a costi sostenibili: housing sociale, agenzie per l'affitto, attivare il co-housing

PUNTI DI FORZA
1. Buone prassi messe a punto in altri territori e in altre nazioni
2. Senso di solidarietà diffuso tra categorie sociali trasversali

PROPOSTE
1. Accoglienza anche ai recenti richiedenti assistenza
2. Interventi integrati sulle capacità lavorative
3. Innovazione ruolo assistenti sociali (case manager)
4. Interventi individualizzati e non standardizzati
5. Favorire reti x interventi coordinati x sostenere capacità e autonomia finanziaria
6.Valorizzare esperienza del mutuo aiuto
7. Ripensare alla progettazione (macro aree – macro bisogni – progettazione territoriale)
8. Valorizzare esperienze positive con il TS

TAVOLO DI CONFRONTO CON IL TERZO SETTORE - CTSS
Provincia di Bologna

Gruppo tematico: Politiche educative

Referente: Oreste De Pietro

Nominativo	Ente di appartenenza	Genere
Annalisa Bolognesi	Bandiera Gialla	Promozione sociale
Federica Tarsi	Arci Bologna	Promozione sociale
Giovanni Mengoli	Coop. Elios	Cooperazione sociale
Fabio Casadio	Uisp Bologna	Promozione sociale
Giovanni Didio	Xenia	Promozione sociale
Caterina Segata	Coop. La Dolce	Cooperazione sociale
Sandro Ciani	Coord. Vol. Lame	Volontariato
Tiziana Passarini	Arcisolidarietà	Volontariato
Ilaria Cicione	Cospe	Promozione sociale
Silvia Monari	Senza il Banco	Promozione sociale
Marzia casolari	Xenia	Promozione sociale

Parole chiave:
Genitorialità
Raccordo tra generazioni
Processi educativi
Equità fiscale
Socializzazione e integrazione
Co-progettazione
Formazione e lavoro
Orientamento
Azionidi sistema
Continuità degli interventi
Sviluppo competenze
Prevenzione
Integrazione

Il Gruppo ha affrontato il tema delle politiche educative da vari punti di vista facendo emergere una serie di indicazioni che possono essere utili alla programmazione socio-sanitaria in prospettiva futura.

Nelle schede sono riportati singoli argomenti, ma possiamo ricondurre alcuni aspetti ad aree di intervento generali ed è questo lo sforzo che si intende fare in questa premessa.

Sono evidenti alcune interconnessioni tra i vari sottotemi e riteniamo che quanto più l'approccio è di tipo *trasversale* tanto più risulta efficace rispetto agli obiettivi da raggiungere.

Il ***deficit dell'azione educativa*** risulta il punto di partenza per qualsiasi tipo di valutazione ed è emerso sia come sintomo evidente di una crisi che investe il ***ruolo genitoriale*** sia come una ***fragilità sociale*** che riguarda tutta la comunità. Da ciò discende l'esigenza di recuperare il senso, le motivazioni, le funzioni dell'***educare*** inteso nella sua accezione più ampia di accompagnare, stimolare risorse, fornire opportunità di crescita, orientare avendo fiducia nelle capacità dei figli di cercare e trovare soluzioni costruttive ai problemi, indirizzare con modalità che facilitino il raggiungimento di una sana autonomia che non significhi sempre e comunque individualismo.

Il ***raccordo tra i servizi territoriali*** è un tema ricorrente. Si è posta la questione di un nuovo modello organizzativo e gestionale dei servizi che favorisca le azioni di sistema e la progettazione congiunta sia a livello di distretti sia a livello comunale. Si riscontrano infatti difficoltà da parte delle famiglie nell'orientarsi tra i vari sportelli e centri di erogazione dei servizi che spesso si rivelano frammentati e disorganici tra di loro. Questa situazione è spesso l'effetto di una modalità di ***presa in carico frammentata*** che non tiene conto del ***nucleo familiare nella sua globalità*** e si rivolge prevalentemente ai componenti singolarmente considerati mettendo in secondo piano la valutazione del contesto familiare complessivamente inteso. L'esigenza di un maggiore raccordo è collegata alla necessità di garantire un'adeguata ***continuità*** della presa in carico per evitare interruzioni nel legame con la rete territoriale che possono essere dannose nei passaggi da uno stadio all'altro della crescita delle persone (infanzia/adolescenza/gioventù…). Bisogna pertanto fornire risposte di lunga durata e superare modalità di risposte puramente emergenziali.

Il tema del ***nuovo welfare*** interessa inevitabilmente le politiche educative ed in particolare la famiglia sotto vari profili, ma è stato ricorrente nei vari momenti di confronto il richiamo al ***sistema di finanziamento dei servizi***. La crisi ha provocato non solo una contrazione di risorse ma una progressiva estensione dei livelli di ***compartecipazione*** alle spese sociali riguardanti le diverse aree dei servizi. La compartecipazione non può però essere generalizzata e dovrà tenere conto delle reali capacità economiche, finanziarie e soprattutto contributive delle famiglie, da cui deriva la necessità di ripensare la fiscalità locale che sia ispirata a criteri di ***equità*** effettivamente praticata.

Le condizioni oggettive attuali mettono a dura prova le famiglie causando una ***crisi*** che si manifesta in più direzioni: il senso di precarietà, la mancanza di sicurezza, la difficoltà di pensare ad un progetto di vita stabile, il disorientamento verso il futuro, la perdita di punti di riferimento… In questo quadro anche le ***azioni di supporto*** devono intervenire in più direzioni ma in modo coordinato ed integrato: il sostegno alle figure genitoriali, la consulenza orientativa, le misure di politiche attive del lavoro, la formazione mirata, i legami scuola/università/lavoro… ma soprattutto la messa in atto di percorsi di empowerment centrati sull'acquisizione di ***competenze principalmente trasversali*** che aiutino i giovani a districarsi in modo creativo in mezzo alle difficoltà ed i problemi che le situazioni generano, cogliendo anche nelle transizioni spesso faticose un'opportunità di crescita.

Il ***ruolo del privato sociale*** (associazioni, volontariato, cooperazione sociale, altri enti non profit…) è chiaramente emerso in tutta le sue potenzialità, riconfermando la funzione strategica che può esercitare una concezione di welfare comunitario che sia contrassegnato da modelli di effettiva sussidiarietà, di partecipazione e di sviluppo locale… per favorire il ***rafforzamento delle reti*** tra famiglie, tra generazioni, tra tutti i soggetti che operano nello stesso territorio.

Il quadro emerso e di conseguenza le idee e le proposte evidenziate richiedono un'attenzione particolare se riportati alle condizioni delle ***famiglie straniere*** per le quali sono evidenti tutte le questioni legate alle politiche educative amplificate però da condizioni spesso ancora più difficili. Il tema è molto complesso e pertanto il gruppo ha indicato le principali aree di intervento, sottolineando da una parte le problematicità specifiche della condizione di "straniero" e dall'altra l'importanza di non fare della specificità un motivo di differenziazione per rimanere sempre in una visione di insieme e si sistema che tuteli il più possibile la coesione del tessuto sociale.

I SOTTOTEMI

Politiche educative

- Famiglia, infanzia e preadolescenza
- Minori e adolescenti
- Giovani (Oltre i 18)

Gruppo rosso: POLITICHE EDUCATIVE

FAMIGLIA, INFANZIA E PREADOLESCENZA

CRITICITA'
1. Condizioni soggettive (competenze, ruoli, responsabilità…) che rendono problematica la *genitorialità* nonostante le crescenti aspettative
2. Condizioni oggettive (precarietà, lavoro, stress, crisi economica, disagio sociale…)
3. Politiche (economiche, del lavoro, della casa, fiscali e scolastiche inadeguate)
4. Mancanza di reti e di un raccordo tra generazioni, tra famiglie, tra servizi
5. Famiglie straniere: criticità in vari ambiti (…)

BISOGNI
1. Azioni di supporto alla genitorialità (acquisizione, sviluppo, potenziamento)
2. Misure di sostegno al lavoro / reddito
3. Conciliazione dei tempi. Soluzioni abitative sostenibili. Equità fiscale.
4. Spazi di socializzazione e integrazione tra soggetti e tra ambiti educativo, sanitario, sociale...
5. Cambiamento culturale: extracomunitari da problema a risorsa e occasione di crescita

PUNTI DI FORZA
1. Coinvolgimento di entrambi i genitori nei processi educativi
2. Accesso diffuso alle nuove tecnologie
3. Maggiore attenzione degli enti locali verso proposte non solo emergenziali ma organiche
4. Presenza attiva del privato sociale dal momento della progettazione degli interventi
5. Nei centri più piccoli maggiore integrazione

PROPOSTE
1. Centralità dei bisogni delle persone e del nucleo familiare nella sua globalità
2. Misure fiscali adeguate e accesso ai servizi
3. Co-progettazione (famiglie/scuola) dell'offerta formativa e apertura della scuola al territorio
4. Valorizzazione delle reti relazionali e dei luoghi di aggregazione
5. Istituzione e potenziamento di servizi stabili di mediazione linguistico-culturale

Gruppo rosso: POLITICHE EDUCATIVE

MINORI E ADOLESCENTI

CRITICITA'	
	1. Fragilità (emotiva, nelle responsabilità, nella progettazione della propria vita)
	2. Individualismo / Crisi della *comunità educante*
	3. Gap tra formazione e mercato del lavoro sempre più competitivo
	4. Frammentazione della presa in carico (soprattutto nel caso di minori stranieri)
	5. Vulnerabilità sostanziale e formale (ad es. rispetto alla cittadinanza) per i minori stranieri (msna)

BISOGNI	
	1. Centralità di competenze trasversali: capacità di analisi, di relazionarsi, di affrontare le situazioni
	2. Investire in prevenzione, socializzazione ed educazione (cambiare cultura dello sport)
	3. Orientamento, formazione, accompagnamento nelle scelte (in tutto il percorso)
	4. Organicità degli interventi
	5. Potenziare le figure di mediazione per dare priorità al senso di appartenenza alla comunità

PUNTI DI FORZA	
	1. Approccio positivo alle situazioni
	2. Facilità di accesso ai saperi e alla conoscenza
	3. Sviluppo e consolidamento di esperienze e di competenze da parte del privato sociale
	4. Interventi, programmi e progetti per il contrasto all'abbandono scolastico
	5. Superamento di interventi estemporanei e valorizzazione di una progettazione più strutturata

PROPOSTE	
	1. Nuclei di intervento e di supporto alle famiglie
	2. Iniziative, contesti e luoghi di aggregazione
	3. Rapporti efficaci tra scuola, formazione e mondo del lavoro (orientamento)
	4. Prosecuzione della presa in carico, continuità degli interventi e mantenimento del legame con la rete dei servizi
	5. Percorsi extracurriculari su tematiche specifiche (cittadinanza attiva, integrazione, normativa…)

Gruppo rosso: POLITICHE EDUCATIVE

GIOVANI (OLTRE I 18)

CRITICITA'	
	1. Disvalori (individualismo, sfiducia, mentalità del "tutto e subito", dipendenze…)
	2. Condizioni generali di precariato e difficoltà di inserimento nel mondo del lavoro
	3. Mancanza di un'ottica di sistema e di una lettura complessiva dei fenomeni e dei bisogni
	4. Distanza tra università e territorio (enti locali, imprese, attori sociali…)
	5. Particolari difficoltà dei giovani stranieri nei percorsi universitari

BISOGNI	
	1. Fornire stimoli e occasioni di partecipazione e di integrazione
	2. Avvio della costruzione di un progetto di vita (autonomia, responsabilità, senso del sacrificio…)
	3. Incrementare i luoghi di crescita culturale e di promozione dell'agio
	4. Comunicare fiducia per sviluppare motivazioni e creare "spazi decisionali e di potere"
	5. Sviluppare il senso dell'appartenenza alla comunità (cittadinanza, diritti, doveri…)

PUNTI DI FORZA	
	1. Azioni di sistema
	2. Primo Rapporto Provinciale (lettura della situazione e programmazione di interventi)
	3. Possibilità di spostamento e di conoscenza, "energie" caratteristiche dell'età, motivazione al coinvolgimento
	4. Senso di libertà all'interno di un quadro valoriale di riferimento
	5. Competenze dei soggetti pubblici e del privato sociale

PROPOSTE	
	1. Forme di accompagnamento nel passaggio dall'adolescenza alla maggiore età
	2. Continuità nella presa in carico e raccordo tra soggetti (famiglia, scuola, servizi…)
	3. Luoghi di partecipazione e di autogestione
	4. Consulenza orientativa in tutte le fasi del percorso universitario, dalla scelta alla ricerca di un'occupazione
	5. Azioni di cittadinanza attiva e di integrazione che coinvolgano direttamente i giovani stranieri

TAVOLO DI CONFRONTO CON IL TERZO SETTORE - CTSS Provincia di Bologna

Gruppo tematico: Anziani

Referente: Gianni Dal Monte

Nominativo	Ente di appartenenza	Genere
Marco Matassa	Coop Cadiai	Promozione sociale
Ada Poli	Coop ADA	Cooperazione sociale
Paola Paltretti	UISP Bologna	Cooperazione sociale
Fabio Cavicchi	Ass. Don G. Fornasini	Promozione sociale
Maria Luisa Stanzani	Andare a Veglia	Volontariato
Luigi Pasquali	Auser Bologna	Volontariato
Lucia Pieratelli	Ancescao Bologna	Promozione sociale
Maria Leggeri	Ama.amarcord	Volontariato

Parole chiave:
Percezione anziano stereotipata
Non costo ma risorsa
Ruolo e funzione sociale
Legami sociali
Aumento popolazione anziana
Servizi accessibili
Reti di vicinato
Benessere prodotto PIF
Partecipazione
Incontro tra generazioni
Formazione
Micro progetti territoriali
Mediazione sociale
Residenzialità innovativa
Politiche trasporti e mobilità
Prevenzione

Premessa

Nella provincia di Bologna si registra un costante aumento della popolazione anziana: all'1.1.2011 le persone con più di 65 anni erano 231.838 e quelle con più di 75 anni erano 122.502; in termini percentuali abbiamo quindi il 23,4% della popolazione con più di 65 anni e il 12,3% con più di 75 anni.

A tale andamento demografico si affianca un progressivo cambiamento della famiglia e delle relazioni intra-familiari, del contesto sociale, delle forme di socializzazione e di comunicazione.

Nell'affrontare quindi il tema della persona anziana occorre tenere in debita considerazione questi elementi che incidono fortemente sulla qualità di vita della persona, a cui si accompagna - sotto il profilo socio-culturale - una percezione della persona anziana molto stereotipata e figlia di luoghi comuni.

La persona anziana viene solitamente percepita come persona estremamente fragile, bisognosa di accudimento. Raramente si sottolinea il ruolo positivo dell'anziano come risorsa per la famiglia e per la comunità: per la famiglia in quanto sovente assolve ai compiti di cura dei nipoti o dei genitori "grandi anziani"; per la comunità in quanto molti anziani sono attivi nel volontariato e nell'associazionismo, impegnandosi a sostegno della collettività. Oggi l'anziano di 65 anni è, mediamente, una persona molto attiva, con una buona percezione di sè e con elevate aspettative nel confronti della propria qualità di vita.

Parallelamente, sarebbe altrettanto inopportuno non tenere conto delle oggettive difficoltà che con l'avanzare degli anni rendono più difficoltosa la vita della persona. In questo senso si rileva l'esigenza di promuovere forme di sostegno alla popolazione anziana, che tengano in debito conto i problemi più ricorrenti che esse incontrano quali il progressivo decadimento fisico, la solitudine, il senso di abbandono, la paura, stati d'animo che sicuramente minano il livello di autonomia della persona e possono dar luogo a forme depressive di grave pregiudizio per la salute e per la qualità di vita dell'anziano.

Situazioni queste che si acuiscono maggiormente nei contesti urbani, cittadini, in cui le relazioni di vicinato sono più "leggere" e dove l'accesso ai servizi sociali presenta un maggiore livello di complessità.

A fronte di tutte queste difficoltà, si rende necessario da parte del sistema sociale, delle famiglie, del terzo settore collaborare per ricercare insieme forme di sostegno da un lato e di valorizzazione, dall'altra, del ruolo e della funzione sociale della persona anziana.

Nel gruppo di lavoro che ha affrontato il tema della popolazione anziana si è cercato di approfondire i temi sopra riportati, fornendo alcuni spunti di riflessione e alcune proposte che di seguito si riportano sinteticamente.

Il gruppo di lavoro formato da Associazioni di Promozione Sociale, Cooperative sociali e Volontariato, si è occupato della persona anziana. Nell'individuazione dei temi da trattare, si è fatta una scelta precisa ovvero si è tralasciato quanto attiene l'aspetto sanitario e ci si è soffermati su alcuni sottotemi ritenuti collegabili a quello generale ovvero, "la persona anziana": una risorsa, l'autonomia e la solitudine, per ognuno dei quali sono state individuate le criticità, i punti di forza, e i bisogni per i quali vengono avanzate proposte, che più avanti saranno sviluppate.

Si è partiti ragionando sul fatto che gli anziani sono persone che, liberate dal vincolo lavorativo, hanno il tempo e la voglia di dedicarsi allo sviluppo delle relazioni umane nell'ambiente in cui vivono. Recuperano le amicizie interrotte negli anni del lavoro e ne sviluppano di nuove (o tentano di svilupparle). Ricostruiscono (meglio, possono ricostruire) i legami sociali che l'economia rischia di distruggere.

Sono persone che:

- sostengono le responsabilità familiari verso le nuove generazioni e verso chi è più vecchio di loro,
- trasmettono le memorie e le culture derivanti dalla propria esperienze di vita,
- spesso si prestano a curare beni comuni come le aree pubbliche del vicinato,
- partecipano al volontariato ed alla cittadinanza attiva in mille forme,
- sostengono con il proprio impegno associazioni, ed organizzazioni democratiche.

La popolazione anziana quindi, non deve essere considerata un costo, ma una risorsa, un serbatoio di energie, di conoscenze, di capacità professionali e relazionali da attivare e da mettere al servizio della collettività, persone che esprimono non solo una domanda di protezione economica, ma anche una domanda di senso, di identità, di relazioni, soprattutto nel momento in cui, con l'invecchiamento, devono reinventare la loro vita.

Si è lavorato per capire cosa fare per il futuro poiché lo impone la situazione attuale in quanto da un lato vi è la modifica delle famiglie e dall'altro l'aumento della popolazione anziana, soprattutto donne.

La complessità e le profonde diversità che caratterizzano la popolazione anziana, richiedono un approccio con strumenti anche culturali nuovi, con la consapevolezza che occorrono risposte e azioni differenziate fra loro e capaci di offrire opportunità a situazioni e bisogni diversi.

Si osserva che, alle attuali dimensioni del fenomeno, se tutte le Assistenti famigliari fossero regolarmente assunte, il costo complessivo dell'assistenza a carico delle famiglie oscillerebbe fra i 18,5 e 20 milioni di Euro/anno, di cui 1,8 milioni fiscalmente detraibili.

Se noi consideriamo che il fenomeno sia destinato ad aumentare appare evidente che se non avviene una radicale modifica del sistema, lo stesso collasserà.

Esempi virtuosi ve ne sono e non è disdicevole analizzarli per cogliere la parte migliore di essi, ad esempio in Francia 400.000 Assistenti in regola si prendono cura di Un Milione di utenti (in Italia siamo all'uno a uno) con costi globali piu bassi dei nostri, da altre parti una badante segue più persone, ecc.ecc.

E' dato per certo che le buone pratiche non si possono trasferire tout court ma su di esse si può lavorare, e magari innovare.

I SOTTOTEMI

Area Anziani

- **La persona anziana: una risorsa**
- **L'autonomia**
- **La solitudine**

Gruppo marrone: AREA ANZIANI

LA PERSONA ANZIANA: UNA RISORSA

CRITICITA'	**1**. Errata percezione generalizzata a livello di comunità dell'anziano come **persona fragile** e bisognosa di accudimento.
	2. Mancato riconoscimento culturale e sociale del **ruolo** dell'anziano.

PUNTI DI FORZA	**1**. L'anziano è un **attore sociale** altamente produttivo in quanto: soggetto di aiuto alla famiglia, soggetto della società portatore di saperi e di competenze, elemento di forte coesione sociale, libero da altri impegni.
	2. L'anziano è anche **attore di solidarietà sociale** attraverso la partecipazione a forme organizzate della società civile (Associazione di promozione sociale, organizzazioni di volontariato, organizzazioni sindacali).

BISOGNI	**1**. Occorre fare sentire l'anziano partecipe alla società, riconoscerne il valore sociale.
	2. Occorrono **servizi** all'altezza delle necessità, maggiormente **accessibili** e con un approccio meno burocratico.
	3. Occorre operare per riprodurre anche in contesti urbani **situazioni di comunità** e potenziare reti di vicinato, amicali, ecc.

Gruppo marrone: AREA ANZIANI

PROPOSTE	**1.** Misurare/Dare visibilità agli studi sul PIL prodotto dagli anziani (vedasi ricerca IRES CGIL) ed agli studi sul **PIF** volto a misurare il "benessere" prodotto dagli anziani in tutti i campi(ambiente, scuola, famiglia, soggetti terzi, ecc)
	2. Gli anziani con il loro essere Cittadini Attivi Solidali danno **esempio positivo** e "politico" di una terza e quarta età felice.
	3. Stimolare la partecipazione dell'anziano nei campi dove si sente più preparato e quindi con minore stress.
	4. Promuovere la partecipazione degli anziani ad associazioni di volontariato e di promozione sociale. Sperimentare l'Istituzione di una banca dati comunale di volontari, suddivisa per quartiere, adeguando le mansioni affidate al volontario al carico sostenibile: **non necessariamente assistenza**, ma accompagnamento, distribuzione di materiale informativo, segretariato... Il volontariato deve essere una buona pratica per invecchiare bene, per sentirsi utile per il prossimo e per la comunità, ma deve essere una **esperienza positiva**, non dettata dal dovere
	5. Promuovere **l'incontro fra generazioni**, per valorizzare il patrimonio storico culturale e per consentire alle persone di lasciare traccia di sè mediante il trasferimento di vissuti, saperi e conoscenza - coinvolgimento delle scuole
	6. Mettere **in relazione le associazioni** fra loro: prevedere che i volontari siano preparati per sostenere il rapporto con tutti i macro problemi della popolazione al fine di essere in possesso di elementi di mediazione sociale (promuovere sperimentazioni di rete)

Gruppo marrone: AREA ANZIANI

LA SOLITUDINE

CRITICITA'	**1.** Il Sistema non ha ancora preso in carico il tema della Solitudine, con proprie linee programmatiche e di intervento
	2. la solitudine spesso è l'anticamera della depressione, può far perdere il contatto con la realtà esterna sostituendola con quella virtuale della televisione e tutte le sue distorsioni della percezione della realtà (ad es. se vedo 10 omicidi al giorno penso che anche attorno a me succeda lo stesso)

PUNTI DI FORZA	**1**. Consapevolezza della Solitudine come condizione che può creare disagi di **ordine psicologico, medico, sociale** da considerare come un momento passeggero della vita e decidere di affrontarla.

BISOGNI	**1. Creare le condizioni** affinché la persona sola diventi: - una Risorsa per se stessa - se può e se vuole, la **persona sola,formata** e/o orientata, può diventare **una risorsa per gli altri**
	2. Creare le opportunità per **facilitare i nuovi incontri** fuori dalla cerchia della famiglia e delle amicizie storiche che per ovvi motivi vengono naturalmente a diminuire Il ruolo del volontariato e dei Centri sociali per gli anziani è fondamentale in quanto sono esperienze molto diffuse sul territorio con un numero elevato di soci. Sono luoghi di socializzazione per l'anziano
	3. Aiutare e incrementare **i rapporti di "buon vicinato",** la vita di cortile, di strada, ecc. E' importante attuare politiche di sostegno e di inclusione anche a favore delle badanti

Gruppo marrone: AREA ANZIANI

LA SOLITUDINE

PROPOSTE	**1**. Dare avvio con sistematicità a **micro-progetti territoriali** che abbiano continuità e periodicità, in cui le persone condividano ciò che si sta facendo e ne siano gli attori principali (processo di autostima, di divertimento, di socializzazione, di autogestione, di nuovi rapporti sociali, di nuovi riferimenti certi,ecc.)
	2. sostenere e **mettere in rete i progetti territoriali** già presenti: con ciò si attiva un processo di riconoscimento e di verifica della validità dei contenuti e dei soggetti attori dei progetti
	3. Analizzare Le Prassi di Successo dei progetti che accolgono il gradimento degli utenti e Rendere Trasferibili le Prassi di Successo
	4. Contattare gli anziani con mail, telefonate, iniziative pubbliche nei Centri Sociali e nelle attività di aggregazione, movimento, ricreative presenti nel loro quartiere.
	5. Occorre fare una **analisi globale dei problemi**, per pervenire a soluzioni condivise che diventino un patrimonio collettivo.

PROPOSTE	**6.** Le associazioni di volontariato dovrebbero parlarsi fra di loro (es. Ancescao, Antea, Acli, Auser,ecc) a livello decentrato, E' abbastanza chiaro che , pur nell'ambito del medesimo contesto, volontariato e privato sociale facciano cose diverse, abbiano interessi diversi. Quali realistiche forme di collaborazione si possono strutturale tra soggetti differenti senza che questo comprometta la reciproche identità e senza utilizzi impropri per non dire strumentali?
	7. ricercare forme innovative per diffondere elementi di mediazione sociale facendo un'attività di formazione senza che sia un'attività in aula e soprattutto come fare questo con pochi soldi
	8.Una volta al mese **incontri**, di secondo livello, con i vigili, la questura, i vigili del fuoco, con lo sportello sociale al fine di avere **elementi di base su determinate questioni**: in questo modo ci potrebbe davvero essere una crescita ed un avvicinamento non solo ai problemi ma anche alla gente.
	9. Sperimentazione di forme di **residenzialità innovativa**, tali da favorire la vita di relazione e lo scambio intergenerazionale (es. condomini solidali, cohousing....)
	10. Politiche dei **trasporti** e della mobilità attente allo sviluppo di percorsi protetti per la mobilità cittadina e allo sviluppo di alternative al mezzo proprio più adeguate alle esigenze ed alle condizioni degli anziani.

Gruppo marrone: AREA ANZIANI

L'AUTONOMIA

CRITICITA'	**1.** In Italia la spesa monetaria verso il long term care è del 42% contro il 24% della Germania e il 14% della Norvegia.
	2. Le tendenze di disabilità sono previste in aumento esponenziale, il sistema socio-sanitario potrebbe collassare se sottoposto ad una richiesta ancora più elevata
	3. Anziani e disabili sono categorie economicamente deboli e spesso non possono accedere alle attività di prevenzione (vedi attività fisica) perché a differenza delle cure farmacologiche o sanitarie non vi è nessuna forma di convenzione che ne consenta l'abbattimento parziale o totale del costo.
	4. la riduzione della propria autonomia a volte è determinata dall'allungamento della vita che può portare a dover assistere genitori molto anziani.
	5. La mancanza o la diminuzione della autonomia può produrre mancanza di autostima con conseguente autoisolamento depressione

BISOGNI	**1**. Occorre puntare sulla Prevenzione e sulla Sensibilizzazione dei congiunti più stretti, consapevoli che prevenire è meglio che ricoverare.
	2. Allungare il più possibile l'autonomia.
	3. Mantenere la motorietà

PUNTI DI FORZA	**1**. Consapevolezza statistica dell'alto numero degli anziani
	2. l'anziano over 65 se non ha patologie invalidanti è pienamente autonomo, più che in altri momenti della vita,
	3. esiste una rete di servizi ed una rete associativa che possono essere delle "sentinelle" sul territorio

Gruppo marrone: AREA ANZIANI

L'AUTONOMIA

PROPOSTE	**1.** Progettazione di programmi locali di prevenzione che coinvolgano le comunità nella sua accezione più ampia (dal personale sociosanitario alle associazioni di commercianti e prevedano azioni strutturate ad hoc nelle aree di pertinenza (cognitiva e affettiva, attività fisica, relazionale) al fine di favorire l'acquisizione stabile di sani stili di vita, prevenzione di patologie invalidanti , miglioramento soggettivo in termini di benessere.
	2. Percorsi di informazione ricorrenti, aperti a tutti i cittadini, ma in particolare ai familiari,e collocati in tutti i Quartieri
	3. Opportunità di socializzazione e di cultura, di movimento, di conoscenza circa la propria salute/alimentazione, percorsi di memory training
	4. Percorsi di sensibilizzazione su "Come riconoscere il venire meno dell'autonomia e come, dove, a chi fare riferimento per essere sostenuti ed aiutati"
	5. Percorsi di formazione sulla RELAZIONE DI AIUTO ma che si realizzino con modalità interattive
	6. Progetti di auto-aiuto tra le famiglie che hanno familiari ancora autosufficienti ma che dimostrano segni di cedimento (le famiglie che si pongono all'interno di un progetto di Auto-aiuto, vanno sostenute con riconoscimenti economici ma anche con figure competenti di riferimento) **7.** Creazione di figure di "Educatrici/Assistenti per anziani" che si prendano cura di 6/7 anziani per volta, collocati in un ambiente adatto **8.** Utilizzare i censimenti esistenti - Censire i luoghi non utilizzati e che potrebbero servire ad attività che mirino a mantenere l'Autonomia (Sale Condominiali Acer, Giovanni XXIII, Ente Autonomo Case Popolari, ecc.)

TAVOLO DI CONFRONTO CON IL TERZO SETTORE - CTSS Provincia di Bologna

Gruppo tematico: Disabilità e Salute Mentale

Referente: Danilo Rasia

Nominativo	Ente di appartenenza	Genere
Francesca Bernaroli Rita Alberti Gianluca Rizzello	Coop Il Martin pescatore	Cooperazione sociale
Elisabetta Bendandi	Ass Coop	Cooperazione sociale
Diletta Rusolo	UISP Bologna	Promozione sociale
Carlo Ciccaglioni	Aias Bologna	Promozione sociale
Luana Mulazzani	In cammino verso	Volontariato
Liana Baroni	ANGSA	Volontariato
Antonella Pini	UILDM	Volontariato
Marie F. Delatoure	Fare Insieme	Gruppo Psichiatria Bo
Grazia Minelli	GRD	Volontariato
Chiara Storari	Ass. Don G. Fornasini	Promozione sociale
Maria Leggieri	Ama.amarcord	Volontariato
Germano Pepoli	Polisportiva I Bradipi	Promozione sociale
Valter Consorti	Opimm	Fondazione
Bruna Bellotti	Diritti senza barriere	Volontariato
Carla Facchini	Il Ventaglio di Orav	Promozione sociale

Parole chiave:
Benessere globale della Persona
Piena cittadinanza
Obiettivi socio-sanitari comuni

Parole chiave:
Logica promozionale
Progetto di vita
Sistema curante
Coordinatore qualificato
Referente
Prevalenza competenza pedagogica
Ascolto e informazione
Uscire da frammentarietà
Potenzialità individuali e sociali
Condizioni di accessibilità
Superamento schemi rigidi
Co-progettazione
Prevenzione
Sostegno alle famiglia
Politiche urbanistiche

1 Premessa [2]:

Il gruppo si è occupato di **"Disabilità e salute mentale"**: va precisato che da una parte la "e" sta per destinatari diversi (disabilità di origine organica da una parte, che può avere connotati psichiatrici, ma non necessariamente, e patologia psichiatrica dall'altra, che può anche diventare disabilità o invalidità); dall'altra la disabilità va anche vista nel quadro della "salute mentale" della persona, non in senso di "assenza di malattia", ma nel senso di un benessere globale della persona, al di là della patologia specifica. Questo è anche in linea con gli indirizzi della OMS.

Alla fine comunque le due "categorie" possono anche essere oggetto di congiunta attenzione, perché comuni e intrecciati spesso sono gli obiettivi nell'ambito dell'integrazione socio-sanitaria, di cui in particolare è appunto di competenza un Piano socio-sanitario, come quello previsto per il 2012-2014, per il quale il Terzo Settore è stato chiamato a dare il suo contributo di indirizzo e orientamento.

E' questo d'altra parte il versante proprio di questo contributo, che va al di là del sanitario in senso stretto, pur in qualche modo comprendendolo, anzi dovrebbe più essere sbilanciato sulla parte sociale, spesso carente nell'ambito delle disabilità e soprattutto della malattia psichiatrica, delegata forse troppo e solo all'ASL, sottovalutando i suoi risvolti e le sue ricadute sociali, di cui sono di competenza più propriamente gli Enti locali, e dimenticando che comunque il disabile e il malato psichiatrico è prima di tutto "persona" e cittadino come gli altri, con i suoi diritti all'inclusione, alla casa, al lavoro, al tempo libero...alla piena cittadinanza e alle pari opportunità per quanto possibile nella sua patologia!

A questo proposito rimane ancora aperto il problema di una piena e pari attenzione alla malattia psichiatrica nei tavoli dei Piani di zona. Uno di questi è titolato proprio più specificatamente alla disabilità. Per la psichiatria, invece, spesso non è chiara la collocazione, forse appunto sottintendendo una "delega" soltanto o prevalentemente al sanitario.

Una soluzione potrebbe essere, avendo quasi sempre obiettivi socio-sanitari comuni e esigenze di interventi analoghi, che il tavolo disabili valga sia per le disabilità di origine organica, sia per le disabilità (certificate o no come invalidità) dovute ad una malattia insorgente, e nello specifico di origine psichiatrica!

[2] *(a cura del coordinatore del gruppo, Danilo Rasia)*

2 - Contenuti principali e trasversali

Il sottofondo "culturale" indispensabile di ogni pianificazione degli interventi è quello di una **logica "promozionale"** nei confronti della persona e dei suoi diritti, riguardanti la salute, lo sviluppo e il dispiegamento delle proprie potenzialità comunque presenti, la sua inclusione sociale nei vari contesti ed età, fino alla possibilità di una "cittadinanza" attiva e di una qualità di vita contro ogni "handicap" ambientale, superando così una "cultura" e una prassi puramente "assistenziali".

Se questo è il criterio di fondo, tutti i sottotemi affrontati, convergono o sono di fatto attraversati diffusamente dal primo, quello sul **"progetto di vita**", progetto che deve essere personalizzato, globale, coordinato, sinergico e continuativo per la persona con disabilità o con sofferenza psichiatrica. Ogni azione conseguente, quindi, deve corrispondere ai bisogni e alle aspettative, esplicite o meno, delle persone, nel quadro di un vero "**sistema curante**", dove tutti i soggetti coinvolti, famiglia compresa, siano partecipi alla pari, con il proficuo intreccio delle diverse competenze.

A garanzia di questo viene spesso sottolineata l'importanza fondamentale di un **coordinatore qualificato**, di natura prevalentemente "pedagogica", che faccia "sistema" sul singolo caso, e svolga un ruolo di **referente** fiduciario, in particolare per la famiglia, e di garante di un senso unitario degli interventi e degli apporti diversi delle varie competenze in gioco. Può essere una figura già "dentro il sistema", ma che sappia "fare sistema". O può essere anche un operatore qualificato da prevedere nell'organico dei Servizi alla Persona del Comune, visto che di questo Ente sarebbe di competenza questa figura, facendo riferimento all'art.14 della L.328.

Avendo a che fare comunque prima di tutto con una "persona", più che con un "malato" o con un "disabile", occorre fare attenzione su una "delega" eccessiva al Sanitario, pur appropriatamente necessario, dando invece prevalenza di attenzione allo sviluppo della persona, e di conseguenza, possibilmente, una **prevalenza della competenza "pedagogica"** o "socio-pedagogica".

Ciò non deve significare che tale figura si debba sostituire alla persona "in carico" o alla sua famiglia, bensì affiancarle, partendo da un atteggiamento permanente di vero **"ascolto"**, che non sia solo fisico-uditivo, e riconoscendo il ruolo attivo della persona in causa, se possibile, e/o della sua famiglia, anche se questi sono nel contempo bisognosi di sostegno.

Ne consegue che è doveroso fornire agli interessati un'**informazione** completa, puntuale e corretta di tutto ciò che è possibile nell'ambito sanitario e sociale, ma anche di tutte le opportunità più in generale, purché riconosciute e accessibili. Come è anche necessario **uscire**

da ogni autoreferenzialità e da ogni frammentarietà delle risorse professionali o delle scelte operative dei diversi ambiti di riferimento coinvolti.

Il processo di una vera integrazione della persona nella vita di tutti, può infatti essere ostacolato "a monte" da una mancanza di integrazione tra quanti si occupano in qualche modo di essa o tra i loro rispettivi settori di appartenenza.

La "persona" comunque non va vista tanto o solo nei suoi limiti, quanto nelle sue **potenzialità individuali e sociali** da sviluppare, con il suo diritto di una qualità di vita dignitosa come tutti, ivi compresa la possibilità crescente di una propria autodeterminazione nelle scelte di vita (lavorative o altre) e di relazione, fino alla possibilità di una propria indipendenza abitativa più o meno integrata con altri, pur anche, se necessario, sufficientemente supportata.

Così pure la **"persona" non va vista "isolata"** dal suo contesto attuale di vita quotidiana, dove quanti le vivono accanto devono a loro volta essere valorizzati (compresi gli eventuali "buoni vicini") e opportunamente sostenuti, sia materialmente che psicologicamente.

Ma anche al di là del suo cerchio ristretto abitativo, questa "persona" deve trovare, negli spazi pubblici del territorio, già predisposte le condizioni fisiche e culturali per **sentirsi "accolta"** e così potersi normalmente inserire, pur con i suoi limiti, ma anche potervi esprimere le proprie capacità, fino magari ad arrivare ad essere risorsa sociale per tutti.

Spetta soprattutto ai Comuni garantire o vigilare su tali **condizioni di accessibilità** sia nei diversi ambiti specifici di competenza territoriale, sia nelle diverse strutture frequentabili socialmente, e comunque tali condizioni devono essere previste preventivamente nelle ordinarie o straordinarie offerte di opportunità o proposte, che associazioni, enti pubblici o privati, società sportive o altro intendono promuovere sul territorio.

Partendo invece dagli altri protagonisti del "sistema curante", direttamente o indirettamente coinvolti, quanto emerso dal confronto tematico può diventare l'occasione per ragionare su un generale ripensamento, per quanto di lacunoso o contradditorio vi può essere, sull'**organizzazione dei Servizi** e dei rispettivi interventi, per far sì che sempre di più i buoni intenti delle buone leggi nazionali e regionali, con riferimento anche ai Diritti sanciti dalla Convenzione ONU, non vengano vanificati nella prassi.

Intanto occorre andare verso un **superamento degli schemi rigidi** riguardanti la destinazione delle risorse, quasi "a compartimenti stagni", alla divisione delle età senza garanzia di effettiva continuità progettuale, alle separatezze delle competenze istituzionali…

Una sana **flessibilità** nell'utilizzo trasversale delle risorse diventa spesso indispensabile se si vuole davvero mettere **"al centro la persona"** e i suoi bisogni (come viene spesso declamato),

secondo un progetto globale personalizzato, che sia davvero integrato tra sanitario e sociale, conformemente al modello bio-psico-sociale della Salute della persona.

Tutto ciò che ruota intorno alla persona deve essere quindi a "servizio" di questo progetto, e non si deve viceversa adattare la persona e i suoi bisogni a ciò che c'è, pur accreditato che sia, perché è il "Progetto" o il "percorso personalizzato" che prima di tutto deve essere "accreditato", se così condiviso da tutti, utenti e famigliari compresi.

Siamo di fronte infatti in generale ad un bisogno **più di qualità che di quantità** degli interventi, di una **migliore distribuzione** delle risorse, e di una loro maggiore **confluenza integrata**, provenendo da ambiti spesso troppo a sé stanti, e tra questi anche quelli del Terzo Settore stesso.

Da una parte vi può essere una eccessiva complessità della macchina organizzativa, che potrebbe anche essere **semplificata**, se non addirittura ridotta a fronte di quanto è possibile concretamente offrire come Servizi. Dall'altra occorre mettere in atto una accorta **sinergia di idee e risorse**, umane ed economiche, per una vera **co-progettazione** di azioni conseguenti, coordinate e condivise dai diversi soggetti, pubblici e privati, che abbiano comuni destinatari e analoghi obiettivi.

E se per un verso agli operatori va richiesta una **maggiore qualificazione** corrispondente ai diversi bisogni o tipologie dei destinatari degli interventi (come ad esempio degli educatori specializzati e non di valenza generica o puramente "generalista"), per un altro verso non bisogna indulgere ad una **eccessiva professionalizzazione o monetizzazione** degli interventi, quasi non sia possibile anche una naturale e spontanea solidarietà gratuita e una normale "relazione di aiuto", che comunque, se necessario, possono essere affiancate, anche temporaneamente, da una figura professionale di mediazione.

Tutto ciò rende più possibile anche un **investimento sulla prevenzione** più o meno immediata di un sempre maggiore bisogno assistenziale in senso stretto, agendo fin dalla giovane età sullo sviluppo delle potenzialità cognitive e su percorsi di autonomia assistita (anche nel "tempo libero" da frequentazioni o impegni "obbligati"), mettendo in atto azioni congiunte contro l'isolamento voluto o la solitudine subita, e forme di **sostegno alle famiglie** con figli disabili o con disturbi psichiatrici, che può voler dire anche favorirne il reciproco "distacco" salutare, che da una parte aiuti la salvaguardia di una equilibrata relazione di coppia e quindi di una "sana" genitorialità, dall'altra favorisca lo sviluppo delle autonomie delle persone in difficoltà in vista di una possibile vita indipendente, senza aspettare la scomparsa dei genitori, ma, come tutti, già con loro ancora in vita.

Non è più tollerabile peraltro il fatto che se si arriva alla necessità di una istituzionalizzazione o

di un inserimento in strutture, le risorse anche economiche si trovino, mentre, almeno parallelamente, per favorire la permanenza nella propria abitazione, anche sostenendo la famiglia se questa scelta ha la prevalenza, o invece per **investire sulla vita indipendente supportata**, con azioni graduali verso l'autonomia possibile, non siano previste o non si trovino risorse, che al limite si possono ricercare e/o individuare insieme, coinvolgendo tutti i soggetti implicati o implicabili, come si è già detto.
Anche le **"politiche urbanistiche"** devono farsi carico di questo problema, nei diversi territori per le diverse situazioni presenti. Vale anche qui lo stesso discorso che, come i **trasporti pubblici** devono garantire l'accesso per tutti (anche su questo comunque c'è ancora molto da lavorare, anche con azioni congiunte di pressione!), le politiche della casa, come diritto per tutti, non possono dimenticare, anche dal punto di vista architettonico, che sia data la possibilità di vivere nel proprio contesto di crescita e di appartenenza ancor più a chi avesse difficoltà di spostamenti e di relazioni.

Un accenno va fatto infine all'importanza di una stretta e corretta sinergia per quanto riguarda il **percorso formativo**. Una certificazione scolastica, se da una parte richiede un supporto adeguato da parte anche dei Servizi sanitari e dagli Enti locali per quanto di competenza, dall'altra alla **scuola**, insieme alla famiglia, compete il ruolo principale di regia responsabile del progetto educativo, estendibile anche ad un progetto globale di vita. Il sanitario e il sociale non possono sostituirsi ad essa, bensì devono concorrere con essa per una offerta più adeguata possibile che garantisca al massimo da una parte l'integrazione e la socializzazione alla pari dei coetanei, dall'altra il diritto ad un apprendimento personalizzato, secondo le personali potenzialità di partenza o le competenze che man mano vengono acquisite. E a sua volta, la scuola, come del resto la famiglia, non può essere sottovalutata nella sua particolare possibilità di rilevare segnali indicatori sia di una accentuazione di un problema, se non addirittura della individuazione di aspetti nuovi, sia di punti di forza, di interessi e potenzialità su cui spendersi tutti per il futuro di vita della persona con disabilità.
Occorre far sì che la scuola comunque sia co-protagonista nel confronto territoriale sulla pianificazione sociale e quindi partecipi attivamente e in modo veramente rappresentativo ai "Piani del benessere e della salute" del territorio, perché i bisogni possono anche partire dalla scuola ed alla scuola ritornare per un contributo ad una risposta integrata.

Ancor più tutto ciò è fondamentale in vista di un possibile **futuro lavorativo**, più o meno protetto, che va preparato per tempo, onde evitare il dirottamento improprio verso strutture

"speciali" (centri diurni) o l'isolamento nella propria casa una volta terminato l'iter scolastico e formativo, che così magari verrebbe vanificato.

Sul lavoro infatti, oltre a non abbassare la guardia (anche utilizzando meglio gli organismi preposti) perché i diritti acquisiti siano garantiti sempre di più (vedi Legge 68), occorrerà pensare pure a **tipologie e forme innovative**, anche con l'aiuto della Cooperazione sociale, che comunque garantiscano, alla persona disabile o anche al malato psichiatrico uscito dalla fase acuta del suo disturbo, una dimensione di auto-realizzazione e di utilità per altri e la società nel suo insieme.

LE SCHEDE DI SINTESI

TAVOLO DI CONFRONTO TERZO SETTORE CTSS

GRUPPI TEMATICI PER LA PROGRAMMAZIONE SOCIALE E SANITARIA 2011 - 2014

Gruppo Giallo: DISABILITA' E SALUTE MENTALE



Gruppo Giallo: DISABILITA' E SALUTE MENTALE

Il progetto di vita

CRITICITA'
1. Attenzione più ai deficit che alle potenzialità
2. Mancanza di integrazione tra i diversi servizi
3. "Frattura" del 18° anno
4. Centralità dei "servizi già esistenti" più che sui bisogni della persona
5. Mancanza di un progetto globale e individuale condiviso e di un referente unitario di coordinamento
6. Eccessiva "delega" al sanitario non sempre verificata da parte dei Comuni e carenze dell'intervento sociale

PUNTI DI FORZA
1. Compartecipazione della famiglia, anche con percorsi di auto-mutuo aiuto
2. Mediazione educativa e relazione di aiuto
3. Partecipazione sociale ed esistenza di opportunità inclusive
4. Esistenza di esperienze di progettazione di rete tra le associazioni e con le altre realtà del territorio
5. Esistenza di esperienze di Progetti educativi integrati scuola- extrascuola, con figura pedagogica di coordinamento
6. Possibilità di Verificabilità e aggiornamento del progetto

BISOGNI
1. Sviluppo delle autonomie cognitive, relazionali e gestionali, se necessario supportato da operatori qualificati
2. Attenzione a tutti i bisogni della persona e della famiglia, compreso un eventuale sostegno psicologico
3. Riconoscimento del ruolo attivo della famiglia anche attraverso l'individuazione di un referente istituzionale con funzione di mediazione
4. Esigenza di situazioni amicali, affettive e relazionali che favoriscano l'inclusione sociale, se necessario con il coinvolgimento di una figura professionale qualificata
5. Esigenza di favorire le condizioni necessarie per l'inclusione nelle opportunità del territorio
6. Scambio di informazioni e di opportunità

PROPOSTE
1. Garantire punti di ascolto e informazione
2. La relazione tra tutti a "sistema", a partire dall'ascolto della famiglia, per progetto globale, coordinato e sinergico, socio-sanitario integrato senza la "frattura" al 18° anno.
3. Mettere al centro persona e bisogni per valutare poi "che cosa" e "chi"corrispondenti (cfr "Budget di salute o accreditamento progetto)
4. Figura di "sistema sul caso", di accompagnamento, coordinamento e garanzia
5. Mappatura e coordinamento delle opportunità e delle offerte e incentivazione all'accoglienza
6. Sensibilizzare e formare volontari in grado di essere parte attiva nei progetti di inclusione sociale
7. Verifica degli interventi e della loro efficacia, con il coinvolgimento della famiglia

Gruppo Giallo: DISABILITA' E SALUTE MENTALE'

La prevenzione

CRITICITA'	
	1. Carenze di rilevazione e approfondimento dei segnali precoci di disturbi cognitivi e/o psichici
	2. Carenza di percorsi riabilitativi di tipo cognitivo e comportamentale, nei contesti di vita
	3. Frammentarietà e separatezze di diagnosi e interventi socio-sanitari
	4. Accentuazione dei limiti invece della valorizzazione delle potenzialità
	5. Solitudine o emarginazione dai contesti sociali
	6. Autoreferenzialità, invece di apertura al confronto e alla collaborazione, anche con l'utente e/o la sua famiglia

BISOGNI	
	1. Centri specialistici di ricerca e approfondimento,
	2. Attenzione alle ricadute in ambito emotivo, cognitivo e comportamentale di alcune patologie
	3. Appropriatezza corrispondente di strumenti e strategie educative-abilitative nei contesti di vita
	4. Favorire equilibrio e relazioni con attività fisiche, culturali, espressive e ricreative
	5. Sostegno e affiancamento della famiglia
	6. Superamento dello stigma e saper dare e chiedere aiuto

PUNTI DI FORZA	
	1. Visione multi-disciplinare, non solo medica
	2. Presenza di associazioni specialistiche
	3. Possibilità di interfaccia tra utenti e famigliari "esperti" con le istituzioni
	4. Esistenza di buone prassi in alcuni contesti educativi, in particolare nella scuola
	5. Presenza di realtà "accoglienti" sul territorio
	6. Presenza di alcune reti intersolidali per l'inclusione

PROPOSTE	
	1. Sostegno alla famiglia fin dalla prima comunicazione e formazione degli operatori motivati
	2. Attenzione alla gravità "potenziale" nei contesti e messa in atto di strategie preventive
	3. Tutor di affiancamento e coordinamento
	4. Utilizzo del FRNA per minori non-autosufficienti su progetto personalizzato
	5. Interventi sul sociale e per una qualità di vita, prevenendo aggravamenti
	6. Percorsi di autonomia non istituzionalizzanti

Gruppo Giallo: DISABILITA' E SALUTE MENTALE'

La prevenzione primaria

CRITICITA'
1. Carenze di rilevazione e approfondimento dei segnali precoci di disturbi cognitivi e/o psichici
2. Carenza di formazione del personale di base (medici, insegnanti, operatori sociali….)
3. Frammentarietà nell'ambito delle diagnosi e degli interventi socio-sanitari
4. Carenza di percorsi informativi mirati sia agli utenti sia agli operatori
5. Carenza di comunicazione tra le figure professionali coinvolte

BISOGNI
1. Centri specialistici di ricerca e approfondimento,
2. Attenzione alle ricadute in ambito emotivo, cognitivo e comportamentale di alcune patologie
3. Appropriatezza corrispondente di strumenti e strategie educative-abilitative nei contesti di vita
4. Favorire equilibrio e relazioni con attività fisiche, culturali, espressive e ricreative
5. Sostegno e affiancamento della famiglia
6. Superamento dello stigma e saper dare e chiedere aiuto

PUNTI DI FORZA
1. Visione multi-disciplinare, non solo medica
2. Presenza di associazioni specialistiche
3. Possibilità di interfaccia tra utenti e famigliari "esperti" con le istituzioni
4.Progetti di Sviluppo del lavoro in rete

PROPOSTE
1. Sostegno alla famiglia fin dalla prima comunicazione e formazione di operatori motivati
2. Attenzione alla gravità "potenziale" nei contesti e messa in atto di strategie preventive
3. Tutor di affiancamento e coordinamento
4. Estensione dell'utilizzo del FRNA anche ai minori non-autosufficienti su progetto personalizzato
5. Interventi sul sociale e per una migliore qualità di vita, prevenendo aggravamenti
6. Facilitare percorsi di autonomia non istituzionalizzanti

Gruppo Giallo: DISABILITA' E SALUTE MENTALE

Residenzialità, domiciliarietà e vita quotidiana

CRITICITA'
1. Visione istituzionalizzante della residenzialità
2. Mancanza di riconoscimento del lavoro di cura famigliare
3. Domiciliarietà intesa come limitata al "rimanere in casa"
4. Eccessivo assistenzialismo più che aiuto alla promozione della persona anche fuori casa
5. Servizi offerti disgiunti dalla qualità della vita
6. Solitudine o ricerca unilaterale di relazioni

BISOGNI
1. Sperimentazione di nuovi modelli di residenzialità
2. Alleggerimento del lavoro di cura, favorendo anche spazi di "libertà" della coppia genitoriale
3. Domiciliarietà allargata al proprio contesto sociale
4. Sensibilizzazione del vicinato
5. Superamento di solitudine ed emarginazione
6. Migliorare la qualità della vita quotidiana anche con figure di mediazione esterne alla famiglia

PUNTI DI FORZA
1. Inserimento in contesto abitativo accogliente
2. Assistenza domiciliare adeguata
3. Famiglia adeguatamente supportata
4. Benessere personale abbinato a possibilità di relazioni
5. Disponibilità di pari opportunità nella vita quotidiana
6. Spontanea solidarietà e amicizia dal contesto sociale

PROPOSTE
1. Sperimentare modelli di residenzialità a piccoli gruppi corrispondenti ai bisogni più che all'offerta disponibile
2. Personale motivato e formato per l'assistenza e la relazione di aiuto
3. Promozione, se necessario, dell'amministratore di sostegno e di tutela
4. Utilizzo e\o attivazione dell'assegno di cura su progetto condiviso da istituzioni e famiglie
5. Favorire la domiciliarietà, non intesa come semplicemente "stare in casa", con progetti educativi mirati anche con il sostegno del volontariato
6. Promuovere la sensibilizzazione alla relazione con chi ha difficoltà di autonomia o di rapporto con gli altri

Gruppo Giallo: DISABILITA' E SALUTE MENTALE'

Autonomia, accessibilità e socializzazione

CRITICITA'
1. Cultura assistenzialistica o relazione iperprotettiva
2. Pregiudizio, diffidenze e stereotipie nell'approccio alla relazione reciproca
3. Sottovalutazione delle potenzialità di chi ha una disabilità o un disturbo psichico
4. Ritardi nel superamento delle barriere fisiche e culturali
5. Organizzazione standardizzata dei servizi rispetto ai bisogni e ai diritti
6. Trascuratezza di condizioni accoglienti nei vari contesti

BISOGNI
1. Favorire il "distacco" reciproco con la famiglia
2. Educatori mediatori e non sostitutivi
3. Superamento dello stigma e delle paure per l'inclusione
4. Predisporre condizioni accoglienti per ogni ambiente, realtà o gruppo sociale
5. Sentirsi utili e risorsa anche per gli altri
6. Maturare capacità di relazione e di autodeterminazione

PUNTI DI FORZA
1. Esistenza di servizi che favoriscono la presa di coscienza della propria identità e potenzialità
2. Esperienze di "uscite da casa" e di autonomia da un contesto protettivo
3. Esperienze di convivenza abitativa con altri alla pari
4. Esistenza di alcune strutture e gruppi predisposti all'accoglienza
5. Esperienze amicali di ascolto e identificazione
6. Esperienze di partecipazione alle normali occasioni o negli ambienti di tutti, in particolare quelli sportivi

PROPOSTE
1. Affiancare i genitori per favorire il distacco
2. Promuovere esperienze di graduale autonomia in piccolo gruppo, sempre meno assistita
3. Incentivare e offrire conoscenze e strumenti per l'inclusione nei diversi contesti sociali
4. Politiche residenziali che prevedano la vita indipendente, integrata con altri bisogni abitativi
5. Promuovere il volontariato di affiancamento a coetanei con difficoltà per esperienze fuori casa
6. Fare progettazione sociale integrata se i contesti e gli obiettivi sono comuni

Gruppo Giallo: DISABILITA' E SALUTE MENTALE

Scuola, formazione e lavoro

CRITICITA'	
	1. Calo di tensione culturale e politica
	2. Diminuzione delle risorse investite
	3. PEI carenti o non integrati con la classe
	4. Mancanza di strategie e di programmazione a partire dall'alunno
	5. Mancanza di formazione di base e specifica
	6. Sempre maggiori difficoltà per un futuro lavorativo

BISOGNI	
	1. Essere considerati persone come gli altri
	2. Sviluppare le proprie competenze e i propri interessi
	3. Mettere al centro davvero i bisogni della persona rispetto ad altre variabili organizzative
	4. Superamento di programmi precostituiti
	5. Coinvolgimento effettivo della famiglia
	6. Tutor di affiancamento per un'autonomia graduale per il lavoro

PUNTI DI FORZA	
	1. Acquisizione culturale dell'integrazione scolastica
	2. Modelli di buone prassi, comprese relazioni significative tra compagni
	3. Esistenza di operatori e insegnanti formati e motivati
	4. Collegialità della programmazione e delle decisioni, anche con la famiglia.
	5. Collegamento con un extra-scuola integrato
	6. Formazione mirata per un collocamento mirato

PROPOSTE	
	1. Piena attuazione, valutazione e monitoraggio degli Accordi di programma
	2. Reale coinvolgimento di tutti gli attori, compresi gli insegnanti curriculari e i compagni
	3. Estensione del PEI e dell'integrazione all'extrascuola e conseguenti assunzioni di impegno
	4. Integrazione formale tra scuola e piani di zona
	5. Tutor per l'avviamento e l'inserimento al lavoro e continuità del supporto necessario
	6. Valutazione ed eventuale revisione dell'efficacia dei vari organismi per l'inserimento lavorativo

Gruppo Giallo: DISABILITA' E SALUTE MENTALE

Strutturare un coordinamento del sistema dei servizi

CRITICITA'	
	1. Grande difficoltà di accesso all'informazione da parte famiglie
	2.
	3.
	4.
	5.
	6.

BISOGNI	
	1.
	2.
	3.
	4.
	5.
	6.

PUNTI DI FORZA	
	1. Esistenza di numerose di informazioni utili ma poco strutturate e fruibili
	2.
	3.
	4.
	5.
	6.

PROPOSTE	
	1. Strutturare e ideare un portale provinciale accessibile a carattere informativo e di orientamento
	2.
	3.
	4.
	5.
	6.

TAVOLO DI CONFRONTO CON IL TERZO SETTORE - CTSS Provincia di Bologna

Gruppo tematico: Prevenzione

Referente: Francesco Costanzini

Nominativo	Ente di appartenenza	Genere
Chiara Storari	Ass. Don G. Fornasini	Cooperazione sociale
Danila Mongardi	La Rupe	Cooperazione sociale
Cristina Zanasi	Vinco Club	Promozione sociale
Manuela Cappelli	Amici della Terra	Promozione sociale
Franco Brizzi	Ass. Naz. Trapiantati di Reni	Volontariato
Pierluigi Grazia	Ant	Volontariato
Francesco Costanzini	Uisp	Promozione sociale

Parole chiave:
Benessere
Comunità educante
Qualità della vita
Prendersi cura
Riduzione del danno
Rete e strategie integrate
Progetti di comunità
Cambiamento culturale
Informazione
Inquinamento
Mobilità integrata

Premessa:

Il Servizio Sanitario Nazionale in Italia (SSN) è stato stabilito nel 1978 ed ha sostituito il sistema precedente di assicurazione statale fondato dopo la Seconda Guerra Mondiale***. Il servizio sanitario italiano mette l'enfasi sulla cura anziché sulla prevenzione. Questo sistema è economicamente a rischio, lo dicono i dati previsionali.***

Anche a livello locale, le governance delle PA ha stanziato fondi per l'assistenza in modo assolutamente generoso, imponente. Questo fa di noi una eccellenza nel panorama di enti locali nazionali. Tuttavia il sistema che si sta creando impone una seria riflessione ed un approccio culturale che dovrebbe andare nell'ottica della PREVENZIONE e non solo dell'assistenza. L'Assistenza è fondamentale. Gli standard che si stanno raggiungendo sono di qualità. L'intento non è di denigrazione. A fianco dell'assistenza però si deve culturalmente pensare di promuovere la prevenzione.

Siamo a rischio di implosione…

E' un fatto culturale!

Prevenire è meglio che curare diceva un vecchio spot. Ma prevenire è "anticipare"!

In carico alle spese del nostro SSN vi sono i costi derivanti da stili di vita a rischio, che possono degenerare in malattie croniche, malattie fortemente invalidanti o addirittura alla morte. Nel **Rapporto Sanità e salute** dell'**ISTAT** (Annuario statistico italiano 2009) si citano le malattie cardiovascolari come la prima causa di morte, al secondo posto i tumori, la terza causa sono le malattie legate al sistema respiratorio

La prevenzione primaria delle malattie croniche (nello specifico cardio-respiratorie, metaboliche, muscolo-scheletriche, tumorali e dei disturbi depressivi) si rivolge principalmente ai decisori politici e si propone come uno strumento di orientamento per le politiche nazionali di sanità pubblica. L'equivoco di fondo è stato creato considerando la prevenzione difesa e cura, cioè prendendo in carico una persona solo al momento della scoperta di una grave malattia nella quale è ormai coinvolta.

L'inquinamento ambientale incide indubbiamente in queste diverse patologie

Una delle cause più impattanti è l'inquinamento atmosferico: l'aria dei nostri centri urbani è resa sempre più irrespirabile dalla presenza di molteplici inquinanti, dovuti in larga misura ai trasporti, al riscaldamento e all'industria

Almeno il 90% dei residenti in aree urbane, sono esposti a livelli di inquinamento atmosferico superiori ai livelli di guardia stabiliti dall'Oms. Tra le prime 30 città europee maggiormente inquinate, più della metà sono italiane.
In un'analisi sulla qualità dell'aria nelle città europee, di **Airbase (** EEA) , il Comune di Bologna si collocava al 199° posto nella graduatoria generale delle 221 città europee prese in esame.
Tra le fonti più pericolose, in costante aumento, ci sono le PM10 che producono situazioni di rischio in particolare per la salute dei bambini.

Gli incidenti stradali sono un problema di salute pubblica molto importante, ma ancora troppo trascurato. Per l'Oms sono la nona causa di morte nel mondo fra gli adulti, la prima fra i giovani di età compresa tra i 15 e i 19 anni e la seconda per i ragazzi dai 10 ai 14 e dai 20 ai 24 anni. Si stima, inoltre, che senza adeguate contromisure, entro il 2020 rappresenteranno la terza causa globale di morte e disabilità. Il peso di questo problema non è distribuito in maniera uniforme ed è fonte di una crescente disuguaglianza tra i diversi Paesi, con svantaggi socioeconomici delle categorie di persone più a rischio.

La salute globale è influenzata da tre tendenze: invecchiamento della popolazione, rapida urbanizzazione non pianificata e globalizzazione, che provocano ambienti e comportamenti malsani.
(Preventing chronic diseases: a vital investment: Department of Chronic Diseases and Health Promotion - World Health Organization – anno 2005)
L'urbanizzazione e l'organizzazione della mobilità urbana non tiene conto della salute dei cittadini.

COME DECLINIAMO LA PREVENZIONE

Per noi prevenzione è:

- Fornire gli strumenti alla persona per metterla in condizione di poter scegliere
- Considerare l'altro come una risorsa e utilizzarlo in modo intelligente per la società

Intendiamo la prevenzione come un processo, grazie al quale le persone sperimentano e

sviluppano nuove abilità sociali, accrescono la propria competenza relazionale in rapporto al contesto, moltiplicano le occasioni di partecipazione e cittadinanza, leggono la complessità del contesto in cui vivono e maturano scelte sempre più consapevoli.

Se secondo l'OMS l'80% dei cittadini tra i 40 ed i 50 anni fa attività fisica insufficiente per trarne beneficio o non la pratica affatto, se le maggiori cause di morte sono quelle individuate dalle statistiche e se a questo colleghiamo le piaghe sociali dovute all'abuso di alcol, fumo, ai problemi di obesità, le dipendenze, di certo non possiamo rimanere a guardare senza provare a ribaltare questo allarme sociale, proponendo **stili di vita sani** e che educhino la popolazione e salvaguardino la loro salute.

Contrastare
l'alimentazione scorretta, l' inattività fisica, il fumo, l'alcol e le dipendenze
promuove la salute e previene le malattie cronico-degenerative
(causa di morte del 77% in Europa)!

CULTURA

Punti di forza già a sistema

Nel corso degli ultimi anni abbiamo assistito ad un importante cambiamento nella concezione della salute e della malattia. Dall'idea di salute intesa come «assenza di malattia» si è passati ad una concezione di salute come «stato di completo benessere fisico, mentale e sociale»

Criticità

Risposte più adeguate ai rapidi cambiamenti sociali di questi ultimi anni, alle migliorate condizioni di salute della popolazione, all'aumento della longevità, al maggiore dinamismo fisico e culturale, la ricerca di sempre nuove occasioni di incontro e relazione. Uscire da una cultura puntata unicamente al successo, narcisismo e prestazione e ritrovare contatto con le nostre parti deboli, fragili e con la malattia e la morte. C'è bisogno di ricreare una "comunità educante" all'interno della quale ci si prenda cura gli uni degli altri.
Prevenire significa cercare di cambiare una cultura secolare che porta a non considerare come sia importante per il benessere anche solo un controllo periodico della propria salute.

Bisogni

La prevenzione non può basarsi su codici connessi a soluzioni di emergenza.

Proposte

Con coraggio le priorità devono avere un grande respiro, tenendo conto della cultura da cui partiamo in direzione della cultura cui vogliamo tendere. Promuovere aumento della qualità della vita attraverso il protagonismo e la partecipazione attiva. E' necessario fare una prevenzione che produca vera sicurezza e nuovi rapporti/scambi sociali e non controllo sociale.

Pensiamo sia fondamentale rispetto alla salute in generale cambiare il nostro approccio: "guarire" non è l'unico compito dell'operatore. L'operatore ha il dovere di "prendersi cura" della persona nella situazione specifica in cui avviene l'incontro. L'operatore dovrebbe scegliere un **rapporto con l'utente in quanto persona**. Per esempio nell'approccio definito Riduzione del danno La *Limitazione del Danno* è anzitutto il riconoscimento dello spazio dell'altro e della possibilità dell'altro di compiere delle scelte, di assumersi responsabilità.
Riduzione del Danno significa attivare tutte le forme possibili di contatto e di accompagnamento affinché siano garantite le condizioni cliniche, psicologiche e sociali che permettano alla persona, evitata ogni irreversibile compromissione, di compiere liberamente le proprie scelte.

La Riduzione del Danno (la definizione)

Le finalità generali delle politiche di riduzione del danno sono relative alla tutela della salute globalmente intesa (organica, psichica e relazionale), da perseguire attraverso la definizione di obiettivi specifici che vanno dalla soluzione della dipendenza al raggiungimento di un equilibrio personale accettabile, attraverso la modifica di comportamenti e stili di vita rischiosi. Tali interventi, pur mirati a fasce specifiche di popolazione, per la natura delle patologie su cui intervengono si traducono in interventi di salute pubblica. La **riduzione del danno** è una strategia di intervento nata per arginare il propagarsi di malattie infettive tra i consumatori di sostanze illecite per via endovenosa, e in seguito, data la sua efficacia, allargatasi anche ad ambiti diversi da quello delle sostanze stupefacenti (come ad esempio la prostituzione).
La riduzione del danno si basa, fondamentalmente, su due pratiche: in primo luogo, la distribuzione di materiale sterile gratuito (siringhe, tamponi, acque) ai tossicodipendenti, incentivando la restituzione, da parte di questi, delle siringhe usate: negli anni ottanta la

principale causa di infezione da HIV o epatiti nella popolazione tossicodipendente era costituita dallo scambio di siringhe infette; in secondo luogo, sulla promozione della prevenzione mediante il passaggio di informazioni attraverso i diretti interessati (educazione tra pari). Tali pratiche si svolgono solitamente in strutture preposte fisse (dette "drop-in") o mobili (camper o autobus che raggiungono i luoghi di consumo). La particolare modalità attraverso cui questi servizi accolgono l'utenza è definita come "bassa soglia" .

È sottinteso che alla base di questa strategia deve sussistere quantomeno la non discriminazione dei consumatori di sostanze, se non l'accettazione del consumo.

Le politiche di riduzione del danno sono oramai entrate a pieno titolo nei quattro pilastri che determinano dal 1994 le politiche europee sulle droghe (lotta al narcotraffico, prevenzione, cura e riabilitazione, riduzione del danno), anche se non sono accettate in egual misura in tutti i paesi dell'Unione Europea. A livello medico ed epidemiologico l'efficacia di questo modello di intervento è stata ampiamente dimostrata, così come è dimostrato l'alleggerimento del peso del fenomeno della tossicodipendenza a livello di costi sociali.

CRITICITA'	
	1. Uscire da una cultura puntata al successo
	2. Ricreare una comunità educante
	3. Dare risposte più rapide ai cambiamenti sociali

BISOGNI	
	Non ci si può basare su codici connessi a soluzioni di emergenza

PUNTI DI FORZA	
	Importante cambiamento culturale nella concezione di salute e malattia. Da assenza di malattia a "stato di completo benessere fisico, mentale e sociale"

PROPOSTE	
	1. Promuovere aumento della qualità della vita attraverso protagonismo e partecipazione attiva
	2. Priorità coraggiose, di ampio respiro
	3. "Prendersi cura" significa scegliere un rapporto con l'utente quanto persona (Riduzione del Danno come proposta operativa)

CONNESSIONI TRA STILI DI VITA E BENESSERE:

PREVENZIONE SOCIO-SANITARIA

Punti di forza già a sistema:

- "sorveglianza" = diminuzione dei costi dell'assistenza. L'adozione di sistemi volti al monitoraggio e alla promozione della salute negli anziani è correlata alla diminuzione dei costi di assistenza. Identificare precocemente i segnali, rilevare i segnali in maniera sistematica, adottare misure per ridurre gli effetti, monitorare e valutare gli interventi … significa mantenere il più a lungo possibile il benessere, l'autonomia, migliorare la qualità della vita e quindi ridurre i costi di assistenza.
- L'associazionismo sportivo oggi promuove azioni concrete per la salvaguardia della salute pubblica, è assoldato infatti che fare attività fisica sia un antifarmaco per molte patologie o che comunque ne prevenga altrettante.

Criticità

- L'esaltazione di un corpo senza confini, di un ideale di bellezza inconsistente, di una prestazione che assimila l'uomo alla macchina tende, attraverso il "tutto subito", ad un ripiegamento sul presente che assorbe possibili rappresentazioni di sé futuri. In questo sconfinato presente, reale e virtuale si confondono ed è fondamentale rincentrare l'obiettivo primario sulla promozione e sul benessere.
- Manca una rete di collegamento tra agenzie educative, Istituzioni, terzo settore e mondo sanitario. Diventa necessaria a livello territoriale una programmazione integrata tra tutti coloro che agiscono in termini di salute, promozione e benessere (Enti locali, Aziende Usl, No profit, Volontariato, Associazionismo…) Tutte le istituzioni che hanno un ruolo nella promozione della salute devono impegnarsi in percorsi comuni e condivisi affinché la PREVENZIONE, non sia un approccio settoriale (delegata all'ambito sanitario) ma diventi strategia comune e condivisa di quel ambito territoriale, che tiene conto delle potenzialità e dei bisogni specifici. In primis devono essere identificati gli obiettivi di salute precipui dell'ambito territoriale.

Bisogni

- Individuare i bisogni di salute locali (distrettuali) in riferimento alla realtà territoriale per dare ascolto ai fattori critici specifici.

- Creare le condizioni per permettere a tutti i soggetti di imparare a progettare e costruire progetti di comunità con caratteristiche di trasversalità socio-sanitarie, definendo dei criteri verificabili.
- Prevedere all'inizio di ogni percorso un modello di valutazione che comporti indicatori di quantità e di qualità al fine di rivalutare l'efficienza ed efficacia dell'azione o del progetto stesso.
- Condividere con tutte le realtà di un territorio (tecniche e politiche) la necessità di un cambiamento culturale, assumendosi le responsabilità ciascuno per le sue competenze, definendo linee di indirizzo chiare e verificabili.
- Potenziare, valorizzare e formalizzare la rete locale, che deve essere composta da diversi attori (medici, farmacie, servizi sociali locali, privati, associazioni…ma anche forme di aggregazione spontanee) che fungano sia da rilevatori di un bisogno, sia anche da promotori di iniziative, servizi ed opportunità legate al benessere e alla salute. In un momento critico per l'economia diventa fondamentale accrescere l'attenzione alle determinanti economiche e alle condizioni sociali che incidono sullo stato di salute.
- Riconoscere un ruolo di regia che interconnetta le azioni educative ed educanti promosse dalle diverse parti

<u>Proposte</u>

- Tenere costantemente sorvegliati gli stili di vita ed i comportamenti a rischio per mirare le risposte in modo efficace e non generico e poter elaborare strategie socio-sanitarie ad hoc.
- Rendere fruibile tutto il materiale disponibile elaborato nel corso degli anni e valorizzare l'esistente, creando le condizioni affinché si possa facilmente attingere ad una sorta di "Banca" dei progetti e di buone prassi precedentemente mappati e riproducibili.
- Avviare momenti formativi per imparare a costruire progetti di comunità/rete con caratteristiche di trasversalità socio-sanitarie e definire dei criteri verificabili.
- Rispetto al mondo dei giovani ci sono alcune esperienze molto positive che cercano di creare raccordo tra il mondo della prevenzione e quello degli stili di vita sani per esempio sui progetti di prevenzione all'uso-consumo di alcol. All'interno di questi progetti si cerca di intervenire con una logica di comunità partendo dallla lettura del

consumo di alcol come, prima di tutto, di un problema culturale. Si prevedono quindi: momenti formativi rivolti a tutti i soggetti significativi di un territorio (insegnanti, genitori, forze dell'ordine, baristi e adulti del mondo della notte), momenti formativi con i ragazzi delle scuole superiori con la tecnica della peer-education e la creazione con il coinvolgimento attivo degli stessi di materiale informativo e pubblicitario sul cambiamento dei comportamenti ed infine la presenza di educatori formati nelle serate del mondo della notte con banchetto etilometro e materiale per permettere ai giovani di fermarsi, formarsi e poter scegliere.

- Si possono realizzare (attraverso studi e proposte già esistenti) impianti sportivi "leggeri" a servizio della persona in una logica di promozione della salute e multidisciplinari.
- Creare una rete tra i punti di incontro della città ed i soggetti significativi (Ausl, Farmacie, ambulatori dei medici di base, ritrovi delle associazioni di promozione sociale, Pronto Soccorso). Le strategie devono essere intersettoriali e devono puntare sul coinvolgimento e la cooperazione di tutte le istituzioni e le organizzazioni della società interessate.
- Sui giovani è fondamentale puntare ad una logica che rivaluti le relazioni: con sé stessi ed il proprio corpo, con l'altro e con gli altri (gruppo di riferimento e altri) perché questa competenza/abilità è sempre più carente.
- All'interno della scuola: La costituzione di un gruppo-classe in grado di cooperare è un presupposto fondamentale per facilitare l'apprendimento e per prevenire l'abbandono scolastico.
- Al fine di contrastare la solitudine e l'isolamento delle persone più fragili 8sia anziani che disabili) sarebbe auspicabile, incentivare e supportare (nell'ambito dei quartieri e/o dei piccoli comuni) reti di "prossimità solidale" basate su forme di partecipazione, quali ad esempio quelle spontanee ed informali del "Buon Vicinato" . Reti che, anche e soprattutto, attraverso il coinvolgimento delle realtà associative e di volontariato operanti sul territorio, abbiano funzione di:

    - sorveglianza in occasione di emergenze particolari , quali ad esempio quelle ambientali (emergenza caldo)
    - supporto, aiuto e sostegno nello svolgimento di semplici incombenze quotidiane (acquisto di generi alimentari o di medicinali, il disbrigo di pratiche amministrative…)

- sostegno sociale costante (contatti telefonici, visite a domicilio, momenti di condivisione attraverso festeggiamenti di ricorrenze e momenti dedicati ad attività ricreative, culturali o di socializzazione).

CRITICITA'	
	1. Esaltazione di un corpo senza confini e di un ideale di bellezza
	2. Manca una rete di collegamento tra le agenzie educative, istituzioni e terzo settore che si impegnano in un percorso comune

BISOGNI	
	1. Individuare percorsi di salute locali (distrettuali)
	2. Creare le condizioni per permettere ai soggetti di imparare a progettare, costruire progetti di comunità trasversali definendo criteri verificabili
	3. Prevedere un modello di valutazione che comporti indicatori di qualità e quantità per valutare efficienza ed efficacia

PUNTI DI FORZA	
	1. "Sorveglianza" = diminuzione dei costi dell'assistenza
	2. L'associazionismo sportivo promuove azioni per la salvaguardia della salute pubblica

PROPOSTE	
	1. Sorveglianza sugli stili di vita e comportamenti a rischio
	2. Rendere fruibile il materiale esistente (Banca dei progetti)
	3. Avviare momenti formativi per la progettazione
	4. Impiantistica sportiva "leggera" e multifunzionale
	5. Reti di prossimità solidali
	6. Reti tra i punti di incontro

COMUNICAZIONE

Premessa

Nella PREVENZIONE l'informazione è di fondamentale importanza, il ruolo dei media strategico, anche se il coinvolgimento dei mezzi di informazione risulta spesso difficoltoso. Notizie legate alla prevenzione e alla promozione della salute spesso non trovano la dovuta diffusione. Una corretta informazione può consentire al cittadino di migliorare la gestione della propria salute e di garantirsi un'utilizzazione ed un accesso più razionali alle prestazioni e alle cure.

(nella nostra realtà locale,manca una diffusione capillare di informazioni, troppo spesso delegata ai soli ambulatori medici i quali non garantiscono comunque la doverosa attenzione alle politiche di prevenzione!!!)

Punti di forza già a sistema

Abbiamo idee chiare e tecnici bravi che possiamo mettere a disposizione per lanciare informazione corretta

Criticità

Carente informazione sulle opportunità (iniziative per il benessere fisico o mentale, occasioni ricreative, ecc.) e sulle azioni corrette (corretta e sana alimentazioni, ecc.) oppure vengono pensate a "spot" e non sono integrate in un contesto più ampio e condiviso

I mass media ad esempio normalizzano a livello comunicativo l'uso delle sostanze stupefacenti ed alcool e indirizzano solo verso una logica commerciale e non di salute

Bisogni

Definire piano di comunicazione integrata:

- che progetti e pianifichi azioni condivise
- che abbia una visione d'insieme delle iniziative e degli strumenti di comunicazione da attivare

- che promuova l'adozione di linguaggi comprensibili e personalizzati al target di popolazione a cui ci si rivolge;
- che coinvolga i diversi attori locali;
- che garantisca partecipazione, accesso, trasparenza delle informazioni

Le campagne informative devono puntare sempre al cambiamento di stili di vita: ossia sostenere i principi fondamentali della promozione della salute. La salute è un fatto sociale, psicologico e culturale (si può scegliere di stare bene!)

Proposte

Coinvolgere i grandi centri commerciali locali per promuovere giusta informazione e promozioni, coinvolgere target ad hoc rispetto alle singole comunicazioni (se ad esempio sono i giovani è fondamentale coinvolgerli nella costruzione della campagna informativa)

Se l'obiettivo ultimo attiene alla "scelta critica" delle persone esso passa necessariamente da un percorso che veicoli, nel suo articolarsi, un riconoscimento di competenze, una lettura dell'Altro che ne sottolinei il suo ruolo attivo, il suo potere nel costruire contesti e relazioni che siano di supporto alla crescita.

I media offrono l'opportunità di mettere a nudo la presenza di interlocutori che non sempre costruiscono il messaggio in risposta ai nostri bisogni, diventa dunque necessario lo spostamento dal concetto di destinatario passivo del messaggio al concetto di co-costruttore di significato. Un processo, questo, che nello sviluppo delle competenze approda ad una possibilità di scelta che permetta di ricollocare bisogni e rappresentazioni all'interno di un percorso di vita di cui si è protagonisti e registi.

CRITICITA'	1. Carente informazione sulle opportunità ed azioni corrette in un sistema integrato
	2. Logica commerciale sull'uso di sostanze stupefacenti o alcolici

BISOGNI	1. Definire un piano di comunicazione integrata
	2. Puntare al cambiamento degli stili di vita

PUNTI DI FORZA	Idee e tecnici competenti

PROPOSTE	1. Coinvolgere i grandi centri commerciali locali
	2. Riconoscimento delle competenze e diventare co-costruttori di significato

INQUINAMENTO AMBIENTALE

Punti di forza

Strumenti di misurazione già esistenti

Sensibilità diffusa su questi argomenti

Criticità

La nostra Provincia ha numerose criticità, relativamente alla qualità dell'aria, dovuta anche alla particolare condizione geografica, al considerevole consumo di suolo e alla notevole produzione di rifiuti.

Bisogni

Incentivare la mobilità pubblica e ciclo pedonale mettendo in sicurezza ed aumentando le piste ciclabili, ma anche pianificando la città e i servizi in modo da rendere non indispensabile

l'utilizzo del mezzo privato

Proposte

Gli interventi sulla mobilità debbono diventare parte integrante di un sistema improntato sulla prevenzione

il cibo che mangiamo è spesso pieno di pesticidi che producono un deterioramento del terreno e delle falde acquifere: incentivare l'uso di cibo biologico soprattutto nelle scuole ha una ricaduta diretta sui soggetti, e un miglioramento dell'acqua e della terra

Verifica dei Comuni sugli impianti di riscaldamento invernale, incentivi per la messa a norma e per l'aggiornamento, uso nell'edilizia pubblica di sistemi meno inquinanti

considerando poi che i cambiamenti climatici possono avere svariate conseguenze, da quelle più dirette come l'aumento di temperatura ed episodi atmosferici estremi a quelle più globali , l'impegnarsi nella riduzione dei gas serra nelle più svariate modalità: riduzione dei consumi, riciclo, coibentazione degli edifici etc. ha a medio e lungo termine un effetto preventivo per il benessere umano

CRITICITA'	1. Qualità dell'aria
	2. Consumo del suolo
	3. Produzione di rifiuti

PUNTI DI FORZA	1. Strumenti di misurazione esistenti
	2. Sensibilità diffusa

BISOGNI	1. Incentivare la mobilità pubblica e ciclo-pedonale
	2. Pianificare la città ed i servizi

PROPOSTE	1. Gli interventi sulla mobilità debbono diventare parte integrante di un sistema incentrato sulla prevenzione
	2. Pesticidi nei cibi: uso cibo biologico con ricadute positive
	3. Verifica sugli impianti di riscaldamento invernale
	4. Impegno nella riduzione dei gas serra

ORGANIZZAZIONI COINVOLTE

Organizzazione partecipante	Sede Distretto di appartenenza
Ass. Il Ventaglio di Orav	BolognaBologna
Ass. Don G. Fornasini	VidiciaticoPorretta Vergato
Fondazione S. Clelia Vidiciatico	Porretta Vergato
Ass. Ama.amarcord Castello d'Argile	Pianura Est
Coop. Soc. Cadiai Bologna	Bologna e Provincia
Ass. Andare a Veglia Bologna	Bologna
Mov. Cristiano Lavoratori	BolognaBologna e Provincia
Ancescao Bologna	Bologna e Provincia
Coop. Soc. Il Martinpescatore	Monte San PietroCasalecchio
UISP Comitato Provinciale di Bologna	Bologna e Provincia
Coop. Sociale ASSCOOP	Bologna e Provincia
Ass. In Cammino Verso	Bologna
ANGSA Bologna	Bologna
Ass. Aliante Bologna	Bologna
Coop. Soc. Altercoop	San Lazzaro di Savena
Legacoop Bologna Bologna	Bologna e Provincia
Confcooperative Bologna	BolognaBologna e Provincia
Auser Bologna	Bologna e Provincia
Arci Bologna	Bologna e Provincia
Coop. Soc. Elios	Bologna e Provincia
Ass. Xenia	Bologna
Coop. Sociale Pictor Budrio	Pianura Est
Soc. Coop Dolce	Bologna e Provincia
Centro Volontariato Sociale	BolognaBologna
ACLI Bologna	Bologna e Provincia
Avvocato di Strada	Bologna
Amici di Piazza Grande	BolognaBologna
Coop Soc. Ecotronic Castenaso	Pianura Est
Ass. Beati Noi	Bologna
Coop. Soc. La Rupe Sasso Marconi	Casalecchio

Senza il Banco Bologna	**Bologna e Provincia**
Ass. Vinco Club Castel S. Pietro Terme	**Imola**
Ass. Passo Passo Sasso Marconi	**Porretta e Casalecchio**
Coop. Soc. ADA	**Bologna e Provincia**
UILDM Bologna	**Bologna**
Ass. Amici della Terra	**Ozzano dell'EmiliaSan Lazzaro**
Arci Solidarietà	**Bologna e Provincia**
Cospe	**Bologna**
Coordinamento Volontariato Lame	**Bologna**
Aias Bologna	**Bologna**
Polisportiva Acacis	**Bologna**
Associazione Akmè	**Bologna**
Associazione Vides	**Bologna**
Associazione Selenite	**San Lazzaro**
Ageba	**Bologna**
Dolce Acqua San Giorgio di Piano	**Pianura Est**
Ass. Diritti senza barriere	**Bologna**
L'albero insieme si può	**Bologna**
OPIMM Bologna	**Bologna**
Gruppo de lettura S. Vitale Bologna	**Bologna**
Un cavallo per amico Bologna	**Bologna e Provincia**
Selenite Bologna	**Bologna**

LINEE GUIDA PER UN PATTO PER IL RICONOSCIMENTO E LA VALORIZZAZIONE DELL'APPORTO DEL TERZO SETTORE ALLA RETE DI SOSTEGNO AL WELFARE DI BOLOGNA E PROVINCIA

Le parole chiave:
✓ SUSSIDIARIETA'
✓ STABILE REGIA DELLE ISTITUZIONI
✓ PROGRAMMAZIONE IN VIA SISTEMICA
✓ VALORIZZAZIONE DELLA RETE
✓ TERZO SETTORE ATTORE
✓ INTEGRAZIONE E RUOLI DEL TERZO SETTORE
✓ CO-PROGETTAZIONE STRATEGICA
✓ APPROPRIATEZZA

Per non svuotare la sussidiarietà

Guardando all'attuale quadro normativo, regionale e provinciale, orientato all' applicazione di un *sistema di governance locale* si ritiene che tale pratica si rafforzi con l'apporto di visioni, opinioni e orientamenti emergenti dalla consultazione sociale, destinati a innescare un vero *processo culturale permanente*. Un processo culturale che renda questa governance un elemento acquisito della nostra comunità cittadina.

Tutto questo può avvenire attraverso il miglioramento delle relazioni tra terzo settore, pubblica amministrazione, comunità civile che favorisca la emersione e la scelta di buone pratiche condivise. ISi reputa quindi in questo momento di gravi difficoltà economiche e di messa in discussione del modello stesso di welfare, è necessario creare le condizioni che incidano particolarmente sulla capacità di inclusione sociale della nostra convivenza.

che i rapporti tra i soggetti istituzionali, il terzo settore e la comunità civile debbano essere segnatamente ancorati ai principi della sussidiarietà auspicando che lo stato di disagio attuale vada superato con la fattiva collaborazione su base equilibrata nel rispetto dei ruoli e della capacità operativa di ciascuno.

Una rinnovata *governance* delle politiche sociali deve valorizzare pienamente il contributo dei diversi soggetti e attori sociali, distinguendo le specificità di ognuno di essi. Si reputa

quindi che i rapporti tra i soggetti istituzionali e il terzo settore debbano essere segnatamente ancorati ai principi della sussidiarietà auspicando che lo stato di disagio attuale vada superato con la fattiva collaborazione su base equilibrata nel rispetto dei ruoli e della capacità operativa di ciascuno. Si ritiene, nel vero rispetto del principio della sussidiarietà, che i rapporti con il terzo settore possano attuarsi nel reciproco rispetto dei ruoli e delle capacità operative, nell'ambito della applicazione e della effettiva valorizzazione del principio di sussidiarietà.

La presenza di una stabile regia delle istituzioni e della committenza pubblica e di una forte e consolidata pratica di co-progettazione strategica concorrono a promuovere specificità, professionalità e competenze di ciascun soggetto. Il riconoscimento pieno della identità del volontariato, come dell'impresa sociale e delle diverse forme di associazionismo consentirebbe di assicurare la tutela della qualità e appropriatezza delle risposte ai bisogni della comunità (e quindi anche dei servizi), prevenendo deleterie manifestazioni di competizione.

La sussidiarietà orizzontale non riguarda i rapporti di tipo commerciale o imprenditoriale ma i rapporti tra le Istituzioni Pubbliche e le formazioni sociali, che intendano condividere le responsabilità pubbliche relative al "bene comune".

Una tale concezione della sussidiarietà comporta un forte salto di qualità nei modelli di *governance* del Welfare territoriale, nel rapporto fra le istituzioni pubbliche locali, il Terzo Settore e le altre formazioni sociali, attraverso il rilancio della coprogettazione, come pratica di confronto continuo e costruttivo tra i soggetti della rete, mirata ad integrare, sia in fase di lettura e analisi dei bisogni e dei problemi sia in fase di ideazione e di realizzazione, i punti di vista delle persone interessate/coinvolte; il tutto inteso come multidisciplinarietà e integrazione delle competenze, delle modalità d'intervento e degli ambiti, in una logica di sistema allargato di governo, nello spirito del federalismo solidale e quindi una maggiore appropriatezza di risorse e servizi.

Occorre promuovere, sostenere e valorizzare le risorse territoriali che costituiscono il capitale sociale della comunità locale, promuovendo, nelle forme previste dalla legge, rapporti di collaborazione con le formazioni sociali attive nel territorio bolognese che, in assenza di scopo di lucro, esercitano una pubblica funzione, in applicazione del principio di sussidiarietà orizzontale previsto dall'art. 118 della Costituzione.

La presenza di una rete sociale forte e la potenziale capacità di innovazione per la costruzione del piano e della mappa dei bisogni sono fattori che consentono capacità di contrastare i processi di esclusione.

Un campo di immediato impegno dove mettere alla prova la capacità di fare rete sociale è la crisi economica, ma ancor prima culturale che non ha fatto che peggiorare una situazione di progressivo disinvestimento di risorse destinate alla coesione sociale che si trascina da anni. Ciò sta accadendo ora con conseguente peggioramento delle condizioni di chi già era in condizioni precarie e di fragilità**.**

Per alleviare e trovare soluzioni alla crisi economica che ha e continua a provocare repentine diminuzioni di posti di lavoro e quindi di reddito le Istituzioni dovrebbero promuovere con convinzione insieme a organizzazioni datoriali, il terzo settore, organizzazioni sindacali, modalità e strumenti per reagire alle nuove vulnerabilità, per mettere in rete pratiche di solidarietà.

Alcuni punti di approfondimento

- ✓ standard minimi accettabili di cittadinanza (dove per cittadinanza si intende essere effettivamente cittadino e cioè poter declinare i propri diritti e non esserne semplicemente titolare).
- ✓ Ripensare ai servizi in modo nuovo: si evidenzia come il sistema dei servizi presenti uno scollamento tra bisogno individuale e bisogno comunitario; pianificare risposte comunitarie partendo dalla lettura dei profili delle comunità.
- ✓ Approccio omogeneo ai bisogni e quindi anche equità di trattamento nelle risposte
- ✓ Ripensare ad un sistema di sussidiarietà in cui le forme del No-profit vengano valorizzati per le loro specificità ed i processi partecipativi che attivano
- ✓ superamento della cultura della delega ai servizi per restituire alle comunità la centralità nella lettura dei bisogni e nella progettazione delle risposte, facendo riemergere competenze sopite e pratiche quotidiane di risposta locale ai bisogni
- ✓ sostenere il ruolo delle istituzioni quali garanti dei beni comuni basati sui diritti costituzionali, definendo con chiarezza ciò che deve essere assicurato dall'intervento pubblico con adeguate risorse e ciò che può essere delegato alla capacità di solidarietà delle comunità e dei cittadini

E' oramai indispensabile e non più procrastinabile che le Istituzioni pubbliche territoriali provvedano alla definizione di una **programmazione degli interventi di politica sociale in una visione complessiva e sistemica** in grado di produrre risposte più adeguate,

definite o definibili con esiti validi nel tempo: la continua evoluzione del contesto sociale e economico, la diminuzione delle risorse disponibili, i flussi migratori e i processi di integrazione richiamano alla responsabilità e alla necessità di provvedere con urgenza e tempestività alla ideazione e attuazione di un **sistema di risposte programmato**, coordinato e stabile nel tempo **in grado di assolvere con completezza e in prospettiva ai bisogni** superando il ricorso – oggi prassi consolidata - a modalità di risposta di tipo burocratico o spesso contingenti **e spesso anche al costo minore**, tipiche delle situazioni di emergenza.

Questo favorirebbe:

l'innovazione dell'organizzazione amministrativa, una appropriatezza dell'intervento, che non è solo valutazione dell'economicità, ma valutazione delle ricadute sociali e della replicabilità e di realizzare maggiori economie, nonché una migliore qualità dei servizi prestati.

a integrare le politiche e le strategie in materia di ambiente, welfare e sviluppo economico sostenibile, sia per l'ottimizzazione delle risorse, che per far fronte alla complessità socio-economico ambientale del nostro territorio.

Verso la costruzione di un patto

La storia, le esperienze pregresse, gli atti di politica amministrativa del nostro territorio sottolineano come la Provincia di Bologna e i Comuni della provincia intendono tutelare la qualità del welfare pur in una contingenza strutturale di risorse calanti destinate ai servizi sociali riconoscendo il Terzo settore quale attore del sistema di welfare della comunità in particolare di quella del territorio metropolitano bolognese.

Occorre che da parte del sistema degli EE.LL. venga riconoscono l'apporto essenziale alla rete del welfare del Terzo Settore, in particolare delle Organizzazioni di volontariato, dell'associazionismo, della promozione sociale e della cooperazione sociale ed intendono preservare questa rete, in quando è una risorsa nella sua globalità e, d'altra parte, nessuno dei soggetti che la compongono intende perseguire strategie e obiettivi che possano in qualche modo incrinare i rapporti fra tutte le organizzazioni. Questa proposta del forum parte dalla consapevolezza che la disgregazione è un problema di tutti a cui non ci si sottrae ritagliandosi spazi esclusivi o protetti ma puntando sul valore sociale aggiunto che si crea presentandosi uniti a questa discussione.

Hanno destato gravi preoccupazioni alcuni episodi che hanno riguardato l'affidamento di servizi con l'obiettivo prioritario ,da parte della P.A. , del massimo contenimento dei costi; preoccupazioni di innescare infiniti contenziosi,che oltre ad irrigidire ogni parte nella difesa

delle proprie posizioni, avrebbe portato al deterioramento dei rapporti in essere ed alla rottura delle rete che esprime il Terzo Settore a sostegno del welfare bolognese.

La valorizzazione di questa rete produce un effetto sociale positivo dovuto ai livelli di partecipazione che viene attivata, che assieme ad una economia solidale ed inclusiva dei soggetti portatori di bisogni, produce elementi di stabilità ed affidabilità che vanno oltre all'efficienza ed alla economicità pura e semplice. Occorre rendere legittima la partecipazione al "bene pubblico" di tutti questi soggetti, evitando che il minor costo diventi l'unico criterio; per questa è richiesta una esplicita chiarezza nei criteri con cui si definisce il coinvolgimento economico con questi soggetti, e di conseguenza la possibilità di operare e radicare.

Questo significa operare escludendo logiche di ribasso nell'affidamento dei servizi, considerando criteri di "appropriatezza" anche in base alla forma sociale/imprenditoriale richiesta e riconoscendo le forme del "fare impresa" in un contesto di bene pubblico e senza scopo di lucro come primo elemento distintivo.

Le richieste di interventi e prestazioni devono riconoscere, alla base delle stesse, competenze professionali idonee, verificate e riconosciute, le quali richiamino a forme di retribuzione ed inquadramento a "costi standard" sia nelle forme contrattuali che di prestazione.

In questa complessità l' "*appropriatezza"* non è esclusivamente una valutazione sull'erogazione del servizio , ma anche sugli outcome sociali attesi e/o che si producono, in termini sia di qualità che di quantità del servizio a parità di costi sostenuti e stabilità nel tempo. Vi sono poi effetti sociali che vanno inseriti nella valutazione: aggregazione sociale, capacità di stimolare l'autorganizzazione e gli effetti sulla "cittadinanza attiva e la prevenzione dell'esclusione sociale, ed alla fine gli effetti sulla partecipazione democratica dei soggetti alla vita istituzionale.

Questa la direzione verso cui volgere la valorizzazione delle esperienze di associazioni di utenti, che abbiano base territoriale, ispirate a valori etici e sociali condivisi.

Analoga attenzione e supporto richiedono le associazioni che realizzano il coinvolgimento dei soggetti in relazioni di "cittadinanza attiva" e inclusione sociale.

Un patto tra il Terzo Settore e i Comuni e la Provincia di Bologna deve prevedere modalità di affidamento dei servizi che rispettino la presenza di figure adeguate al loro espletamento e la giusta remunerazione delle medesime nell'ambito di un sistema di relazioni che possa garantire il riconoscimento delle varie identità e nello stesso tempo l'integrazione fra le realtà della rete del non profit (volontariato, associazionismo, cooperazione sociale,

fondazioni ecc.).

Come ogni strumento che voglia costituire un riferimento concreto a supporto di politiche ed azioni, anche il patto per la sussidiarietà va realizzato in una logica di monitoraggio e confronto continuo.

Tra le linee guida essenziali poniamo quindi anche la necessità di costruire un'occasione mirata ed integrata con quelle già esistenti e previste, a cadenza annuale, in cui le parti coinvolte (Istituzioni e attori del Terzo Settore), ognuno nel rispetto del proprio ruolo, verifichino in un vero e proprio bilancio di Missione condiviso, gli andamenti e gli esiti dei servizi e dei progetti realizzati/ in corso d'opera dove siano indicate le priorità d'azione, nell'affidamento dei servizi e nelle conseguenti ricadute sul Terzo Settore tout court.

Gli Assi portanti:

Governance e sussidiarietà quale percorso di miglioramento delle relazioni tra Terzo Settore e PP.AA per l'emersione e la scelta di buone pratiche condivise

I rapporti tra Terzo Settore e PP.AA devono attuarsi nel reciproco rispetto dei ruoli e delle capacità operative

Stabile regia delle Istituzioni

Forte e consolidata pratica di co-progettazione strategica

Appropriatezza delle risposte ai bisogni della comunità

Prevenzione di deleterie manifestazioni di competizione

Ripensare ai servizi in modo nuovo

Programmazione degli interventi di politica sociale in una visione complessiva e sistemica

Innovazione organizzazione amministrativa e appropriatezza degli interventi

Integrazione delle politiche

Riconoscimento del terzo Settore quale attore del sistema di welfare

Valore Sociale Aggiunto

La valorizzazione della rete produce elementi di affidabilità e stabilità

Escludere logiche di ribasso nell'affidamento dei servizi

Considerare criteri di appropriatezza valutando gli effetti sociali prodotti

Integrazione fra le realtà della rete del non profit

Photo: Fdecomite
Stampa Tipografia Metropolitana - Bologna