



Focus group Piano di zona mercoledì 18 aprile 2018

Partecipanti

- Claudia Scarpelli, Consulta del volontariato
- Denise Camorani, "Per gli Altri" Centro Servizi provinciale per il Volontariato
- Ilaria Giama, presidente del Quartiere Centro Sud
- Marta Saragoni, capo fila istituti scolastici comprensivi del territorio faentino, per l'inclusione e il benessere degli studenti
- Maria Adele Tellarini, referente tavolo adolescenza Comune di Faenza
- Claudia Gatta, rappresentante dell'Unione nella Cabina di Regia Regionale
- Davide Tellarini, Direttore Presidio Ospedaliero Faenza
- Antonella Cerchierini, Servizio Infermieristico Cure Primarie
- Paolo Viozzi, MMG coordinatore di NCP
- Marisa Bianchin, Direttore Distretto Sanitario di Faenza
- Ester Ricci Maccarini, CCM
- Massimo Caroli, ASP Romagna Faentina
- Erminio Napolitano, Misericordia
- Giuliano Ramponi, Misericordia
- Mario Marabini

Sintesi dell'incontro

L'incontro si apre cercando di individuare in maniera condivisa i bisogni del territorio in termini di welfare, al fine di costruire strategie sinergiche che rispettino le esigenze locali e le indicazioni regionali del piano socio sanitario.

Un primo tema introdotto riguarda la sfida in tema infanzia adolescenza: nuovi bisogni chiedono progettualità innovativa: occorre fare rete perché i minori si interfacciano sia con servizi sociali sia con scuola, e non devono esserci anelli deboli nella catena del welfare.

Anche chi rappresenta i quartieri al tavolo alimenta il tema della presenza e della rete: bisogno di essere partecipi, creare occasioni di partecipazione anche su dimensione micro, ad esempio con interventi di riqualificazione condivisa. Anche il tema della valorizzazione e dello snellimento nei procedimenti a favore della cittadinanza attiva e dell'amministrazione condivisa sono una chiave per le reti di comunità, e dunque per il welfare in senso lato.

Si introducono altri temi, in cui il valore aggiunto viene riscontrato non tanto nella presenza di servizi tecnicamente intesi, quanto come la presenza di strumenti inclusivi: creare "alleanze" che favoriscono processi di consapevolezza e responsabilità. Guardando il sanitario: la risposta è tecnica, ma fuori dall'ambulatorio la salute si gioca sull'ambiente in cui le persone sono immerse, sugli stili di vita promossi e adottati: occorre lavorare sull'idea del pensarsi come persona e

cittadino sano. Tutti i temi confluiscono su questi aspetti, anche vaccinazioni, ovvero in senso lato la presa di responsabilità da parte dei cittadini.

Per quanto concerne la scuola, il settore adolescenza mostra un rischio di “perdita” di alcuni bambini che protetti da scuole primarie contenitive nel servizio, nel gruppo, nell’approccio globale si ritrovano poi soli a gestire l’approccio scolastico negli anni successivi. La scuola non sa rispondere in modo completo per mancanza di risorse. In questa fascia tra italiani/stranieri si nota una differenza.

Sempre parlando di servizi sanitari, si rileva come il territorio sia dotato di servizi hard consolidati (scuola, sanità...), ma mostri criticità nelle aree sociali e sociosanitarie; si apre stagione di cambiamenti nell’organizzazione di questi servizi. Tra i temi importanti in questo ambito, troviamo la partecipazione e il paziente informato. Quali investimenti occorre fare per realizzare i nuovi servizi? La partecipazione cambia l’approccio della comunità e dell’amministrazione. Sociale come parte integrante di una comunità, non derivato tramite tasse dell’attività economica. Nuova modalità di costruire servizi. Rinnovamento digitale utile come strumenti nuovi.

Parole chiave:

- Stili di vita
- Partecipazione / rete / collaborazione
- Persona / cittadino → responsabilità
- Adolescenza: inclusione, motivazione
- Investimenti

Luoghi di inclusione

Un secondo tema ha riguardato i luoghi di inclusione: quali piattaforme fisiche il territorio mette a disposizione? L’ambito sanitario è complesso, il sistema delle Case della salute ha positività in ottica di sanità soft, parasanitari qualificati, servizi sociali integrati. Si assiste ad una fusione di 3 componenti vincenti (sanitari, parasanitari, servizi sociali), per dare risposte adeguate. A queste si aggiunge la quarta componente: il volontariato. La difficoltà si riscontra nella fase antecedente o successiva alla casa della salute: alcune cronicità non possono stare a casa ma neppure restare in ospedale: serve una risposta alle **cure intermedie**. Si progettano in tempi medio/lunghi strutture adeguate, c’è maggiore visibilità per questi bisogni.

Ripensare i territori perché gli spazi sono più ampi. Il vecchio modello USL va rivisitato, considerandoci all’interno di un’area più vasta (Romagna) che obbliga a tenere presente il nostro oggetto di lavoro: le persone, i bambini, i giovani. La sanità dipende dalla ricchezza di un’area: se siamo poveri, vecchi, disoccupati saremo anche più malati: occorre dunque riflettere su come inserire Faenza in un ambito capace di avere prospettive per il futuro. L’ospedale rappresenta storicamente la struttura più resiliente, hard, ma in realtà ormai è la struttura di base, perché l’hard vero (alta specializzazione) non esiste più qui, ma in un’area più vasta.

Altro tema è la **domiciliarità**: non gli ospedali territoriali, ma la capacità di arrivare alle persone: le cure primarie devono andare verso la casa della gente, facendo leva da un lato sulla casa della salute come accentramento di servizi e dall’altro sull’ospedale come centro.

Mancano oggi le famiglie. Manca il caregiver che è il tramite: oggi ci troviamo di fronte al badantaggio, che non è “badato” e rappresenta un elemento di criticità notevole, per garantire buona tenuta sul domicilio.

Per gli infermieri che fanno assistenza domiciliare per presa in carico integrata del paziente, intervento fallisce con aggravamento e famiglia non educabile/capace di intervenire con manovre assistenziali che non passano, e dove il badantaggio non è affidabile su questi aspetti.

Counseling: rendere il paziente responsabile sulla propria patologia. Dare al paziente gli strumenti e le opportunità per individuare dentro di sé le motivazioni per un corretto stile di vita. Non educare il cittadino all'utilizzo dei servizi tout-court, ma per un utilizzo consapevole.

Casa della salute dà risposte, ma servono risposte anche fuori, su questo occorre fare **rete**. Casa della salute come luogo anche per chi non ha patologie croniche, ma motore per diffusione di corretti stili di vita.

Associazionismo dà contributo utile non a carico della sanità pubblica. Occorre investire in forme strutturate di co-progettazione col volontariato, perché la sostenibilità del sistema non è totale e su alcune dimensioni serve supporto del terzo settore, ma va finalizzato ad un risultato positivo e organizzato: serve **co-progettazione** per integrare i servizi dove non arriva la parte strutturata.

Mondo volontariato:

- per tema adolescenza → esiste tavolo apposito che affronta il tema dell'eliminazione delle potenziali cause del futuro abbandono scolastico
- per ambito sanitario → lavoro su come riorientare alcune attività per definire co-progettazione reale (non andare a sostituirsi ad attività già svolte dal sociosanitario)

Restando sul tema del volontariato, è evidente come questo sia ricco e numeroso, ma debba professionalizzarsi in un sistema di integrazione complesso, poiché si rischia anche di perdere una fetta di volontari in mancanza di una formazione adeguata.

Parole chiave:

- Domiciliarità
- Counseling
- Co-progettazione → dialogo sociale, sanitario, parasanitario, terzo settore
- Regia maggiore degli interventi

Viene poi introdotto il tema di una maggiore Regia sul territorio: la Consulta faentina del volontariato vorrebbe fare rete con associazioni di altri comuni, per comunicare con loro in modo coordinato.

Si introduce poi un ulteriore argomento: i servizi sociali raddoppiano l'utenza a fronte di un calo di ospedalizzazioni, laddove il sanitario occupa l'80% del bilancio regionale, dà tante risposte ma non risolve poi la solitudine delle persone al di fuori del settore sanitario: povertà, solitudine, isolamento sono temi a cui può dare risposte solo un sistema di welfare integrato e solido, con un superamento della frammentazione anche del terzo settore. L'associazione non può essere sostitutiva di un servizio pubblico, e questa situazione deve fare crescere la qualità delle relazioni fuori dagli ambulatori, fuori dagli ospedali, che non verranno tolti, ma il problema serio è come stiamo al di fuori dalle strutture sanitarie. La solitudine porta a bussare la porta degli ambulatori. Ancora, è evidente come molti problemi e patologie croniche (alcol, cibo) siano legati alla solitudine.

Diventa allora importante raggiungere ulteriori fasce di persone che al momento non intercettiamo col volontariato.

Mancano luoghi con amici per incontrare e conoscere persone nuove, luoghi in cui parlare, mettersi in posizione attiva, con voglia di condividere. Il ruolo del volontariato può risultare evidente anche in questo ambito: riuscire a creare punti di aggregazione e arrivare alla gente, alle persone. Il settore pubblico non può fare questo, solamente la rete del terzo settore ne ha le potenzialità. Il volontariato si pone dunque come "complementare" al pubblico, con un ruolo essenziale.

Evidenza e condivisione: rendere evidenti e condivise le tematiche e mettere in rete tutti soggetti.