



Assemblea legislativa della Regione Emilia-Romagna

113^ seduta della VIII Legislatura

Estratto dal resoconto integrale della seduta pomeridiana del 22 maggio 2008.

Presiede la presidente dell'Assemblea legislativa Monica Donini.

Segretari: Enrico Aimi e Matteo Richetti.

* * * * *

Hanno partecipato alla seduta i consiglieri:

- | | |
|--------------------------|---------------------------|
| 1) AIMI Enrico | 22) MEZZETTI Massimo |
| 2) BARBIERI Marco | 23) MONACO Carlo |
| 3) BARTOLINI Luca | 24) MONARI Marco |
| 4) BERETTA Nino | 25) MONTANARI Roberto |
| 5) BORTOLAZZI Donatella | 26) MUZZARELLI Gian Carlo |
| 6) BOSI Mauro | 27) NANNI Paolo |
| 7) CARONNA Salvatore | 28) NERVEGNA Antonio |
| 8) CORRADI Roberto | 29) NOE' Silvia |
| 9) DELCHIAPPO Renato | 30) PARMA Maurizio |
| 10) DONINI Monica | 31) PERI Alfredo |
| 11) DRAGOTTO Giorgio | 32) PIRONI Massimo |
| 12) ERCOLINI Gabriella | 33) PIVA Roberto |
| 13) FIAMMENGHI Valdimiro | 34) RENZI Gioenzo |
| 14) FILIPPI Fabio | 35) RICHETTI Matteo |
| 15) FRANCESCONI Luigi | 36) RIVI Gian Luca |
| 16) GARBI Roberto | 37) SALOMONI Ubaldo |
| 17) GUERRA Daniela | 38) SALSI Laura |
| 18) LEONI Andrea | 39) TAGLIANI Tiziano |
| 19) LOMBARDI Marco | 40) VARANI Gianni |
| 20) LUCCHI Paolo | 41) VECCHI Alberto |
| 21) MAZZOTTI Mario | 42) ZANCA Paolo |
| | 43) ZOFFOLI Damiano |

E' computato come presente ai soli fini del numero legale, ai sensi dell'art. 65, comma 2 del Regolamento interno, il Presidente della Regione Errani, assente per motivi istituzionali.

Hanno comunicato di non poter partecipare alla seduta i consiglieri Borghi, Manfredini e Mazza.

Sono, inoltre, assenti il consigliere Masella, l'assessore Delbono e il vicepresidente Villani.

Progr. n. 175

Oggetto n. 2961: Piano Sociale e Sanitario 2008-2010.
(Proposta della Giunta regionale in data 1 ottobre 2007, n. 1448)

Prot. n. 12139

L'Assemblea legislativa

Richiamata la deliberazione della Giunta regionale progr. n. 1448 del 1° ottobre 2007, recante in oggetto "Piano Sociale e Sanitario 2008-2010";

Preso atto:

- delle modificazioni apportate sulla predetta proposta dalla commissione assembleare referente "Politiche per la salute e politiche sociali", giusta nota prot. n. 11406 in data 14 maggio 2008,
- e, inoltre, degli emendamenti presentati ed accolti nel corso della discussione assembleare;

Richiamati:

- l'art. 1, comma 13 e 14, del D.Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni;
- il Piano sanitario nazionale per il triennio 2006-2008;

Considerato che:

- ai sensi dell'art. 28, comma 4, lett. d) dello Statuto della Regione Emilia-Romagna, compete all'Assemblea Legislativa regionale l'approvazione degli atti generali regionali di programmazione e di pianificazione economica, territoriale e ambientale;
- ai sensi dell'art. 46, comma 2 lett. d) dello Statuto medesimo, compete alla Giunta la predisposizione del programma e dei piani della Regione;

Visti:

- l'art. 17 della l.r. 12 maggio 1994, n. 19 e successive modificazioni;
- l'art. 19 della l.r. 12 marzo 2003, n. 2 e successive modificazioni;

Richiamato in particolare l'art. 27 della l.r. n. 2/2003 e successive modificazioni, che al comma 6 prevede che "il Piano è adottato dal Consiglio regionale su proposta della Giunta, acquisito il parere della Conferenza Regione-Autonomie locali, della Conferenza regionale del terzo settore, e sentite le

Organizzazioni Sindacali”;

Preso atto che la Giunta regionale ha acquisito:

- il parere favorevole espresso dalla Conferenza Regione-Autonomie locali, nella seduta del 17 settembre 2007, in merito alla proposta di Piano Sociale e Sanitario 2008-2010;
- il parere favorevole espresso dalla Conferenza regionale del Terzo Settore, nella seduta del 20 luglio 2007, e tenuto conto delle osservazioni formulate dalla medesima;

Preso atto, inoltre, che la Giunta regionale ha sentito le Organizzazioni sindacali, ai sensi dell'art. 27, comma 6, della L.R. n. 2/2003 e successive modificazioni;

Dato atto del confronto e del lavoro istruttorio svolto dalla Giunta regionale in sede di “Cabina di regia regionale per le politiche sanitarie e sociali”, istituita con deliberazione di Giunta n. 2187 del 19.12.2005 che ha valutato e approvato definitivamente, nella riunione del 20 luglio 2007, la proposta del Piano Sociale e Sanitario 2008-2010;

Considerato che la proposta del suddetto Piano è stata trasmessa dalla Giunta regionale alle Università della regione, ai fini dell'acquisizione del parere obbligatorio previsto dall'art. 9, comma 2, della L.R. n. 29/2004 e secondo quanto previsto dal protocollo d'intesa tra Regione Emilia-Romagna e Università, di cui alla deliberazione n. 297/2005 e che con le stesse Università potrà essere promossa una specifica occasione di riflessione e approfondimento sul Piano stesso;

Preso atto, altresì, della verifica di coerenza con gli obiettivi fissati dalla programmazione nazionale e dal piano sanitario nazionale 2006-2008, espressa dal Ministro della Salute con lettera prot. DGPROG/2-P/20514 del 1 ottobre 2007;

Previa votazione palese, a maggioranza dei presenti,

d e l i b e r a

- 1) di approvare, per quanto esposto in premessa, il Piano Sociale e sanitario 2008-2010, allegato al presente atto quale parte integrante e sostanziale;
- 2) di pubblicare la presente deliberazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna.

- - -



PIANO SOCIALE E SANITARIO 2008 - 2010

INDICE

Premessa	11
<hr/>	
Introduzione	13
• Pianificazione strategica sociale e sanitaria: la responsabilità e la partecipazione necessarie	13
• La comunità competente che partecipa	14
• L'integrazione delle politiche	15
• Qualificazione dei servizi e possibilità di scelta dei cittadini	15
• Un Piano integrato	17
PARTE PRIMA	
Il nuovo sistema integrato dei servizi	20
<hr/>	
CAPITOLO 1	
L'integrazione socio sanitaria	20
<hr/>	
1.1 Le forme della integrazione socio-sanitaria	21
CAPITOLO 2	
L'integrazione istituzionale principio fondamentale di governance	25
<hr/>	
2.1 La funzione di governo del sistema pubblico di welfare regionale e locale	25
2.2 I principi del sistema istituzionale integrato	26
2.3 Revisione degli ambiti distrettuali	32
CAPITOLO 3	
La programmazione integrata	33
<hr/>	
3.1 Gli strumenti della programmazione	33
3.1.1 Il "nuovo" Ufficio di piano	36
3.1.2 I contenuti tecnici ed organizzativi della programmazione in ambito socio-sanitario	37
3.2 La partecipazione delle formazioni sociali e delle organizzazioni sindacali alla funzione di programmazione	38
3.3 Il bilancio di missione come strumento di rendicontazione sociale a supporto della governance	39

CAPITOLO 4**Il Fondo regionale per la non autosufficienza 40**

 4.1 Il processo costitutivo e lo sviluppo futuro 40
CAPITOLO 5**Qualità dei servizi e rapporto tra privati e istituzioni pubbliche: il processo di accreditamento in ambito socio-sanitario e sociale 44**

 5.1 Rapporto fra istituzioni pubbliche e soggetti privati 44

5.2 Il nuovo quadro normativo di riferimento in ambito socio-sanitario e sociale 44

5.3 Titoli per la fruizione dei servizi: ipotesi di sperimentazione 48

CAPITOLO 6**La partecipazione organizzativa quale risorsa strategica per l'integrazione 49****CAPITOLO 7****Il ruolo delle nuove Aziende pubbliche di servizi alla persona (ASP) 51****PARTE SECONDA****L'area delle politiche sociali 52****CAPITOLO 1****Gli obiettivi di benessere sociale 52**

 1.1 Macrotendenze demografiche e sociali 52

1.2 Obiettivi generali di benessere e promozione 54

1.3 Strumenti per l'integrazione delle politiche 55

1.4 Monitoraggio e valutazione degli interventi 56

CAPITOLO 2**L'accesso al sistema 58**

 2.1 Accesso al sistema integrato dei servizi 58

2.2 Priorità di accesso e armonizzazione dei regolamenti 58

2.3 Lo sportello sociale 58

2.4 La Carta dei servizi 60

CAPITOLO 3

Il finanziamento del sistema	61
3.1 Fondi nazionali per le politiche sociali	61
3.2 Il Fondo sociale regionale	62
3.2.1 Le spese correnti operative	62
3.2.2 Le spese di investimento	63
3.3 Fondo regionale per la non autosufficienza	63
3.4 Fondo locale di ambito distrettuale	64
3.5 I finanziamenti comunitari	64
3.6 Compartecipazione degli utenti ai costi dei servizi	64

PARTE TERZA

Le risposte ai bisogni complessi: verso politiche sociali e sanitarie integrate	66
--	-----------

CAPITOLO 1

Responsabilità familiari	66
1.1 Contesto attuale: analisi della condizione delle famiglie	66
1.2 Obiettivi e azioni	68

CAPITOLO 2

Infanzia e adolescenza	71
• Premessa: verso un nuovo concetto di tutela dei soggetti in età evolutiva	71
2.1 Contesto attuale	72
2.2 Obiettivi e azioni	72

CAPITOLO 3

Giovani	79
• Premessa	79
3.1 Contesto attuale	79
3.2 Obiettivi e azioni	81

CAPITOLO 4

Anziani	85
• Premessa	85
4.1 Contesto attuale: aspetti demografici e stato di salute della popolazione anziana	85
4.2 Obiettivi e azioni	85

CAPITOLO 5

Persone con disabilità	89
• Premessa	89
5.1 Contesto attuale	89
5.2 Obiettivi e azioni	91

CAPITOLO 6

Gli immigrati stranieri	96
• Premessa	96
6.1 Contesto attuale	96
6.2 Obiettivi e azioni	98

CAPITOLO 7

Povert� ed esclusione sociale	101
• Premessa	101
7.1 Contesto attuale: la povert� nella nostra regione e il quadro dei servizi e degli interventi	101
7.2 Obiettivi e azioni	103

PARTE QUARTA

L'area delle politiche sanitarie	106
• Premessa	106

CAPITOLO 1

Governo clinico e qualit� dei servizi	120
1.1 Valorizzazione del personale infermieristico e tecnico	122
1.2 Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza	122

CAPITOLO 2

L'integrazione sovraziendale: le Aree vaste	125
--	------------

CAPITOLO 3

Il Distretto	127
---------------------	------------

3.1	Sviluppo del Distretto	127
3.1.1	L'integrazione sanitaria e socio-sanitaria nel Distretto	127
3.2	Il Dipartimento delle cure primarie (DCP). Il Sistema delle cure primarie	128
3.2.1	La rete dei servizi	129
3.2.2	I percorsi assistenziali integrati	131
3.3	Lo sviluppo dei Nuclei delle cure primarie	132
3.3.1	Il servizio di continuità assistenziale	133
3.4	Il ruolo dei medici di medicina generale	133
3.5	Le strutture dell'accesso ai servizi	134
3.5.1	Lo Sportello unico delle attività distrettuali	134
3.5.2	Accessibilità ai servizi e tempi di attesa	135
3.6	La politica del farmaco	137

CAPITOLO 4

L'esercizio unitario delle funzioni di diagnosi, cura, riabilitazione e di prevenzione - La rete ospedaliera pubblica e privata	140
--	------------

4.1	Le cure palliative, l'assistenza nella fase terminale della vita e l'hospice	142
4.2	La lungodegenza	142

CAPITOLO 5

La sanità pubblica e veterinaria	144
---	------------

5.1	Le nuove prospettive dei Dipartimenti di sanità pubblica	144
5.2	Sicurezza alimentare	149
5.3	Sanità pubblica veterinaria	152

CAPITOLO 6**Salute mentale e dipendenze patologiche 153**

6.1	Lo sviluppo dei servizi di salute mentale e per le dipendenze patologiche in un'ottica di integrazione	153
6.2	Linee di sviluppo dei servizi di salute mentale e dipendenze patologiche	153
6.2.1	Modalità di realizzazione delle linee di sviluppo nei servizi di salute mentale	157
6.2.2	Modalità di realizzazione delle linee di sviluppo nei servizi per le dipendenze patologiche	166
6.3	Salute nelle carceri	168

PARTE QUINTA**Linee di sviluppo degli strumenti e delle infrastrutture in ambito sanitario 170****CAPITOLO 1****La ricerca e l'innovazione 170**

1.1	Ricerca e formazione	170
1.2	Obiettivi	171
1.3	Le azioni	172
1.4	L'osservatorio sulla innovazione	174
1.5	Sviluppo di piattaforme tecnologiche ed informative	175
1.6	Ruolo e competenze dei Comitati etici	176
1.7	Formazione continua, documentazione e comunicazione	176
1.8	L'integrazione delle medicine non convenzionali nel Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna	177

CAPITOLO 2**Il sistema informativo sanità e politiche sociali (SIPSS) 181**

2.1	La situazione attuale	181
2.2	L'evoluzione del sistema	181
2.2.1	I servizi sanitari	181
2.2.2	I servizi ad elevata integrazione sociale e sanitaria	181
2.2.3	I servizi sociali	182

2.3	I grandi progetti	182
2.3.1	Il progetto tessera sanitaria	182
2.3.2	Il progetto della non autosufficienza	183
2.3.3	Il progetto Mattoni	183
2.3.4	Il progetto SOLE	183
2.4	Il Piano telematico regionale 2007/2009	184
2.5	Ruolo di CUP 2000	184

CAPITOLO 3

Comunicazione e partecipazione		185
3.1	Facilitare l'appropriata utilizzazione dei servizi	185
3.2	Rafforzare la capacità delle persone di governare la propria salute e di effettuare scelte diagnostiche e assistenziali consapevoli	185
3.3	Utilizzare il gradimento dei pazienti e dei cittadini nella valutazione dei servizi	186
3.4	Valorizzare la partecipazione dei cittadini competenti nelle scelte per la salute e nella programmazione sociale e sanitaria	187
3.5	Responsabilizzare operatori e servizi per conquistare la fiducia dei cittadini e garantire un'informazione scientifica attendibile e utile	187
3.6	Promuovere il "sistema comunicazione" e le risorse aziendali	188

PREMESSA

Il nostro Paese, e con esso l'Emilia-Romagna, si trova a fronteggiare una trasformazione globale che ci impone un cambio di passo: sul versante della competitività e dunque della qualità dei nostri processi di crescita, sul versante della sostenibilità e dunque della capacità di innovare anche la nostra cultura in tema di ambiente e di sviluppo umano.

E' un processo che si è affermato in modo accelerato, in un arco di tempo piuttosto breve. Ma ancora più breve è stato il passaggio demografico che hanno vissuto i nostri territori.

I residenti immigrati hanno moltiplicato in pochi anni la loro incidenza, portandoci verso un quadro decisamente più "europeo" nella composizione della popolazione, con il complesso di questioni che una società multiculturale comporta.

In secondo luogo penso all'allungamento dell'aspettativa di vita e al progressivo incremento dell'incidenza delle fasce di popolazione di età avanzata e molto avanzata. Che è merito di un circuito virtuoso fra crescita, benessere, tecnologie, servizi, ma al tempo stesso pone problemi nuovi alle nostre politiche sociali e sanitarie, come il tema della non-autosufficienza.

Se aggiungiamo il tema dell'accorciamento della "catena familiare", che toglie sostegno informale e accresce le solitudini, e la questione dei giovani e delle contraddizioni fra generazioni su lavoro e futuro, comprendiamo come il tema del disagio possa accentuarsi e meriti azioni di contrasto.

Di fronte a questioni di tale natura e rilievo si misurano le nostre capacità di individuare i processi, i limiti verso i quali ci sospingono, e la nostra capacità di impegnarci in un processo di innovazione del welfare che è certo di portata inedita per l'Emilia-Romagna e per l'Italia. Un processo difficile ma indispensabile.

Dobbiamo perseguire più obiettivi: anzitutto superare visioni riduttive e settoriali, a favore di un approccio integrato alle questioni sociali e sanitarie. Affermare il valore delle esperienze fatte. Ma anche andare oltre e guardare al welfare come ad una parte sostanziale di questa trasformazione globale, ricollocando le politiche in uno schema nuovo che già oggi supera le vecchie distinzioni fra economia e società, qui come altrove nel mondo.

E sappiamo che occorre un nuovo progetto: che porti a sintesi quel che la società moderna tende a dividere; che riproduca quella coesione sociale che non si rigenera più secondo percorsi informali o spontanei; che affermi nuove sicurezze, di fronte all'evidente spiazzamento economico e culturale che molti soffrono rispetto al cambiamento che incalza.

Per questo insisto su un punto, ossia sull'esigenza di un nuovo discorso comunitario, anche nella nostra regione. Un discorso comunitario che promuova coesione, che contrasti le insicurezze, che si regga su un lavoro culturale forte e visibile, che produca senso comune e motivazioni.

C'è dunque un grande bisogno di ripensare a fondo l'impianto del nostro welfare, e fare una buona manutenzione sarebbe cosa del tutto insufficiente.

Da qui nasce l'idea di un patto da proporre alla società regionale, un patto per la qualità dei servizi, per sostenere le famiglie, per rafforzare fiducia e sicurezza.

Su tutto ciò occorre promuovere studio, confronto, pensiero senza i quali non si può vincere la sfida dell'innovazione. E lavorare ad una rete integrata che metta al centro la persona e chiami all'impegno nuovi soggetti e nuovi protagonisti capaci di dare risposte ai bisogni sociali.

L'Emilia-Romagna ha fatto propria con decisione questa priorità ed ha proceduto lungo questa strada. Ora siamo pronti a coglierne gli sviluppi migliori.

La proposta di Piano sociale e sanitario 2008-2010 si colloca a pieno titolo in tale percorso, una proposta aperta al confronto e contributo più ampio dell'intera società regionale.

Vasco Errani

INTRODUZIONE

- **Pianificazione strategica sociale e sanitaria: la responsabilità e la partecipazione necessarie**

Il primo Piano sociale e sanitario regionale (PSSR) intende affermare una idea di welfare di comunità per il benessere dei cittadini, basato su una forte presenza di garanzia del “pubblico” e, contemporaneamente, su processi decisionali, programmatori ed attuativi di servizi ed interventi sociali e sanitari, fortemente partecipati dalle organizzazioni della società civile, delle parti sociali, del terzo settore e dalle stesse persone e famiglie che esprimono esigenze di sostegno e cura.

L'affermazione di titolarità delle funzioni in campo sociale e sanitario in capo al pubblico, ribadita dal presente Piano, consiste in una piena assunzione di responsabilità, nella consapevolezza che tale responsabilità non si esercita attraverso una centralizzazione decisionale e gestionale.

La società complessa ed i nuovi bisogni emergenti, richiedono una presenza autorevole del pubblico nel territorio: autorevolezza che si afferma attraverso la capacità di svolgere compiti di regia e di garanzia, prestando attenzione alla costituzione di prospettive strategiche condivise con le formazioni della società civile che accettano di svolgere funzioni pubbliche.

Questo orientamento esprime la consapevolezza che il valore del welfare che ci si propone di realizzare sarà direttamente proporzionale al valore del reciproco riconoscimento che si determina tra i diversi attori in gioco.

Si tratta di una posizione, apparentemente debole, ma che al contrario esprime la volontà di direzionamento e presenza attiva da parte del pubblico.

E' questa una scelta insieme conoscitiva e strategica.

Il senso conoscitivo di questa scelta è dato dalla consapevolezza che non si possa definire un punto di vista unico capace di interpretare e orientare la realtà a favore del bene comune.

Il dato strategico consiste nella comprensione che solo una condivisione di intenti tra i diversi attori sociali, pur nel rispetto dei livelli di responsabilità e delle differenze reciproche, può portare quel valore aggiunto essenziale al benessere collettivo e individuale dato dalla coesione sociale.

Infatti, vi sono fattori di protezione sociale ed anche di sviluppo che si determinano, non solo in relazione al dato economico, ma anche alla capacità delle comunità di rendere concreta la partecipazione da parte dei cittadini, che nella nostra realtà si determina sia tramite il coinvolgimento delle rappresentanze associative, sia nella realizzazione del senso di appartenenza e di padronanza nei rapporti e nelle esperienze della quotidianità da parte delle persone nel proprio privato.

E' questa la prospettiva più convincente per affrontare i bisogni e le esigenze della nostra realtà. Il territorio regionale esprime le esigenze tipiche di una società moderna e complessa che ha raggiunto un elevato livello di benessere relativo.

In questo momento storico più che in precedenza, pur avendo anche la nostra società regionale risentito di una minore ricchezza, emerge con evidenza come le situazioni di criticità sociale siano connesse molto spesso a difficoltà di accesso alle opportunità effettivamente esistenti, cioè ad una povertà di capacità di interagire con il contesto sociale e culturale, a volte connessa a mancanza di informazione e conoscenza. Tale

povertà si è estesa generando nuove fragilità e determina maggiore malessere di quanto non ne produca la scarsità di opportunità e risorse (abitazione, lavoro, fruizione di servizi, ecc.), cioè una vera e propria povertà economica, la cui consistenza resta contenuta nella nostra regione.

Le problematiche relative alla difficoltà ad accedere alle risorse ed opportunità esistenti, sono quelle più gravi e socialmente deprivanti nella nostra realtà regionale.

Sono difficoltà vissute soprattutto tra i nuovi cittadini che provengono in misura crescente da regioni italiane diverse e da altri paesi, che sono privi di reti sociali di riferimento e talvolta orientati culturalmente verso stili di vita che non sono facilmente compatibili con i vincoli determinati dal nostro sistema socio-economico (ruolo della donna nella famiglia, lavoro di entrambi i coniugi, pianificazione dei percorsi famigliari,...).

Sono difficoltà connesse all'impegno di cura che molte famiglie devono sostenere in relazione al costante aumento della non autosufficienza, la quale rappresenta un'altra delle sfide contemporanee per un welfare avanzato.

Sono difficoltà che crescono in relazione alle crisi famigliari, da cui derivano situazioni di debolezza che ostacolano l'accesso a risorse quali il lavoro stesso, ed anche ai servizi esistenti, soprattutto per i nuclei composti da un solo genitore (quasi sempre donna) con figli piccoli.

La differenza di genere costituisce un altro fattore che ancora rappresenta ostacolo all'accesso alle libertà reali. La forte presenza nella vita sociale da parte delle donne ha costituito un fattore di sviluppo determinante per la comunità regionale. La piena partecipazione è un obiettivo ancora da raggiungere e strategico per lo sviluppo della qualità della vita sociale.

Un ulteriore elemento critico è dato dalla incapacità di accogliere, valorizzare ed alimentare la partecipazione attiva delle nuove generazioni, cercando di consentire loro di sperimentare un proprio ruolo nella costruzione delle relazioni sociali e politiche. Lo spazio riservato ai più giovani diventa per lo più quello di consumatori, esposti ad un confronto con modelli adulti spesso inadeguati e ad un futuro difficile da interpretare.

Le insicurezze percepite in una vita sociale divenuta più difficile da controllare e capire, provocano chiusura e diffidenza diffuse; funzioni educative costitutive per la persona quali quelle genitoriali, si manifestano spesso deboli e in difficoltà; la scuola fatica ed essere riconosciuta nella sua funzione fondamentale di promozione alla cittadinanza responsabile ed alla realizzazione personale attraverso la comunicazione e la conoscenza.

In questa breve citazione di criticità presenti anche nella vita della nostra comunità regionale, emergono fattori di natura socio-demografica, ragioni di carattere socio-economico, ma anche ragioni socio-culturali quali determinanti di fragilità sociale e che costituiscono ostacoli per accedere ai diritti connessi alle libertà sostanziali, che comprendono stili di vita sani, consapevolezza e responsabilità verso se stessi e verso gli altri.

- **La comunità competente che partecipa**

Il fattore che genera maggiore stabilità, e spesso evita la degenerazione di situazioni problematiche, è dato dalla tenuta della rete delle relazioni sociali, famigliari, amicali, di solidarietà e di volontariato. Questa rete è costituita dalla sedimentazione di processi storici e culturali, segnati da una organizzazione particolare delle attività economiche,

dalla continuità dell'identificazione con il proprio territorio, da valori robusti di tipo religioso, politico/ideologico ed etico. Si tratta di un patrimonio ancora solido nella nostra regione, da salvaguardare, arricchire confermando ed estendendo una coesione del tessuto sociale che non gode più di molti degli influssi favorevoli che l'hanno generata.

Questa è una delle priorità che orienta tutta l'impostazione del welfare territoriale e viene sostenuta con l'assunzione di piena responsabilità del pubblico e con il riconoscimento della funzione pubblica dei soggetti della società civile, che vengono chiamati a partecipare alla programmazione ed alla individuazione delle priorità per la pianificazione sociale e sanitaria, a cominciare dal livello regionale, come è stato per il presente Piano.

Per affrontare i temi critici richiamati, non sono sufficienti interventi sociali e sanitari professionalmente mirati, ma la capacità dei nostri territori, delle nostre città, di rilanciare il senso di appartenenza, una consapevolezza nel senso comune e nella cultura diffusa circa l'interdipendenza reciproca del benessere tra le persone e tra i gruppi sociali, sostenendo scelte solidali e sviluppando maggiori capacità di autopromozione del benessere da parte della società civile e delle persone.

- **L'integrazione delle politiche**

La promozione del ben-essere, proprio a fronte delle criticità rilevate, richiede interventi capaci di coinvolgere e mobilitare risorse diverse (pubbliche, del terzo settore, della solidarietà spontanea e non organizzata, private ecc.) ricercando l'integrazione delle politiche sociali con le politiche sanitarie e, allo stesso tempo, di queste con le politiche ambientali, urbanistiche, abitative, formative, occupazionali e come appena richiamato, culturali.

Tra tutti i temi quello della casa esemplifica la necessità di ricercare l'interdipendenza delle politiche. Uno dei problemi sociali più importanti per molte famiglie ed in molte realtà della nostra regione è l'accesso all'abitazione. Le scelte verso modelli di sviluppo urbanistico abitativo integrato, realizzando comparti in cui coesistono complessi abitativi di diverso tenore, in cui sono presenti servizi e spazi di incontro e aggregazione sociale, la promozione dell'accesso all'abitazione in proprietà, la realizzazione di abitazioni per la locazione agevolata (con canoni ridotti rispetto a quelli di mercato), sono scelte di welfare ad altissimo tasso di valore per la promozione sociale, che si può cercare di perseguire anche attraverso una mobilitazione di risorse che scaturiscono dall'incontro tra interesse pubblico e interesse privato, all'insegna di una regia che promuove la dinamica negoziale presidiando gli interessi di tutti i cittadini.

Nell'ambito dell'integrazione tra politiche si dovrà valutare l'impatto delle scelte sulla differenza di genere, per garantire che donne e uomini traggano gli stessi vantaggi e che non si perpetui la disuguaglianza di genere. Si tratta cioè di prendere in considerazione sistematicamente le differenze di condizioni e di esigenze delle donne e degli uomini nell'insieme delle politiche e delle azioni regionali, anche differenziando gli interventi.

L'integrazione delle politiche è la prospettiva capace di collegare welfare e sviluppo della comunità regionale. Per questo, il Piano sociale e sanitario si pone in relazione con la pianificazione strategica regionale e prospetta analoghe dinamiche nella governance territoriale a livello provinciale, distrettuale e dei Comuni.

- **Qualificazione dei servizi e possibilità di scelta dei cittadini**

Un altro elemento fondamentale per assicurare la partecipazione, è la continua

qualificazione dei servizi e degli interventi sociali e sanitari che deve basarsi sul sapere ascoltare le persone, le famiglie e l'espressione dei loro bisogni.

La partecipazione attiva delle persone e delle famiglie, deve essere sostenuta dalla capacità di adattamento professionale ed organizzativo dei servizi e degli interventi. Sono questi gli elementi decisivi per sviluppare quei cambiamenti, spesso necessari per il superamento di difficoltà e malessere (stili di vita, disorientamento ed insicurezza, barriere culturali), che possono essere conseguiti dalla maggiore autonomia, consapevolezza e capacità di impiegare le risorse presenti da parte delle persone e delle famiglie.

La partecipazione delle persone e delle famiglie alla messa a punto e realizzazione di progetti di aiuto non è sempre ricercata e voluta dalle persone stesse che vivono particolari problemi e difficoltà, a volte è da abilitare e sostenere. Per questo l'orientamento dei servizi e degli operatori è fortemente da ripensare in una ottica di sviluppo di comunità. La direzione verso la prossimità costituisce un indirizzo fondamentale per l'evoluzione del sistema dei servizi e degli interventi integrati.

- L'accesso ai servizi è da assicurare non solo tramite la capacità di accogliere e orientare, ma anche svolgendo funzioni di accompagnamento e mediazione verso l'utilizzo delle opportunità presenti nei nostri territori, entrando a contatto diretto con i contesti di vita delle persone. Lo sviluppo della capacità di mediazione sociale da parte degli operatori sanitari e sociali è elemento decisivo per l'attuazione del PSSR. Questa funzione si deve esprimere in ambito scolastico ed extra scolastico, nei luoghi di lavoro, nei contesti abitativi, nei luoghi di aggregazione.
- I servizi, una volta costituiti sono difficili da modificare. Questa constatazione mette in evidenza il rischio che debbano essere i cittadini ad adattare i loro bisogni alle esigenze organizzative dei servizi: un problema presente anche nel nostro territorio. Il fatto che si siano consolidati modelli di servizio e di intervento non giustifica il loro mantenimento per inerzia. È necessario evitare l'ottica autoreferenziale che impedisce di prospettare innovazioni e cambiamenti la cui direzione è indicata, molto spesso, proprio dalle persone "utenti" e dalle famiglie che beneficiano dell'esistenza stessa dei servizi. Questo tema verrà ripreso in altre parti del Piano, ciò che si vuole qui sottolineare è che il sistema dei servizi e degli interventi pubblici si conferma e, nei limiti delle risorse disponibili, si rafforza, nella misura in cui riesce a mettersi in gioco in un processo di co-evoluzione rispetto alla promozione della partecipazione sociale e all'ascolto della comunità.
- Risposte a bisogni complessi richiedono apporti multidimensionali e multidisciplinari che rendono indispensabile l'integrazione istituzionale, organizzativa e professionale nei servizi e tra i servizi sociali e sanitari.

Va quindi rivisto il rapporto tradizionale tra erogatori e beneficiari di prestazioni, i quali non possono essere considerati come destinatari passivi o come clienti consumatori.

In questa ottica sono da collocare anche le scelte relative alla gestione del Fondo regionale per la non autosufficienza ed a questo dovranno essere attenti gli stessi Livelli Essenziali di Assistenza Sociale (LIVEAS).

Si tratta di misure che possono divenire assistenzialistiche e inappropriate se non inserite in un sistema di servizi integrato, sostenuto da una impostazione organizzativa e professionale adeguata dei servizi sociali e sanitari territoriali, capace di assicurare l'ascolto e l'accompagnamento che sono spesso necessari per affermare una reale

possibilità di scelta da parte delle persone.

Sono queste le ragioni che hanno portato questo primo Piano sociale e sanitario regionale a declinare la scelta dell'integrazione.

- **Un Piano integrato**

Nei confronti delle politiche sociali, territoriali ed economiche, il principio dell'integrazione, assume valore strategico sotto numerosi profili, in quanto:

- rappresenta la condizione necessaria per l'omogenea realizzazione e l'equa esigibilità dei diritti di cittadinanza in campo sociale e sanitario, in tutto il territorio regionale;
- favorisce lo sviluppo di processi innovativi nella organizzazione e nella gestione dei servizi e la creazione di nuove figure e competenze professionali, prefigurando una più elevata qualità ed efficacia dei servizi;
- permette di perseguire logiche di sistema consentendo la contemporanea valorizzazione dell'autonomia dei singoli soggetti, che rappresenta un contributo per lo sviluppo di una società più coesa, civile e dinamica;
- permette di coinvolgere, nel rispetto delle relative competenze, tutti i soggetti (Regione, Enti locali, strutture pubbliche, private profit e non-profit, associazioni, volontariato, forze sociali) che necessariamente e a vario titolo sono chiamati a svolgere un ruolo per l'affermazione dei diritti di cittadinanza.

Queste considerazioni rappresentano nel contempo le motivazioni principali per l'adozione di un nuovo strumento di programmazione integrata e la complessità che tale impostazione comporta. La condivisione dei principi e degli obiettivi di sistema da parte della programmazione sociale e sanitaria e l'esigenza di trarne da questi coerenti lezioni operative, salvaguardando le specificità di ciascuno, sono i presupposti necessari alla realizzazione di un nuovo strumento di programmazione integrata. Le varie forme dell'integrazione delineano un Piano sociale e sanitario articolato in cinque punti:

- I. l'ambito della cosiddetta "elevata integrazione", come definita al comma 4 dell'art. 3-septies del D.Lgs. 30 gennaio 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421), così come inserito dal D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229, ed inclusa nei livelli essenziali di assistenza dal D.P.C.M. del 29 novembre 2001. Si tratta delle attività assistenziali relative alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative. In questo caso occorre elaborare indicazioni capaci di offrire soluzioni adeguate a tutti i principali aspetti atti a realizzare assetti strutturali di integrazione: dalle forme di raccordo istituzionale ai più rilevanti strumenti di gestione. Per ciò, in questa parte, vanno incluse anche le modalità per il raccordo tra la pianificazione regionale e quella zonale e quelle per il concorso dei vari soggetti alla definizione dei Piani di Zona distrettuale per la salute e il benessere sociale;
- II. l'ambito delle politiche sociali, con riferimento specifico ai temi individuati dall'art. 27 della L.R. 12 marzo 2003, n. 2 (Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali) e in particolare: gli obiettivi di benessere sociale; le caratteristiche dei servizi e degli interventi che costituiscono i livelli essenziali delle prestazioni sociali; gli indirizzi

per la realizzazione degli obiettivi di promozione sociale; i criteri generali per garantire l'accesso prioritario ai servizi e agli interventi sociali; i criteri, le modalità e le procedure per la concessione e l'utilizzo dei titoli per la fruizione di prestazioni e servizi sociali;

- III. l'ambito delle politiche sociali e sanitarie integrate per dare risposta ai bisogni complessi: responsabilità familiari; infanzia e adolescenza; giovani; anziani; persone con disabilità; immigrazione; povertà ed esclusione sociale;
- IV. l'ambito delle politiche sanitarie, volte a completare e dare continuità ai programmi avviati col precedente Piano sanitario regionale e a sviluppare i temi centrali contenuti nella L.R. 23 dicembre 2004, n. 29 (Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del Servizio sanitario regionale) con particolare riferimento alla attuazione del governo clinico delle Aziende sanitarie e allo sviluppo dei servizi territoriali;
- V. l'ambito delle politiche per lo sviluppo delle infrastrutture il cui sviluppo risulta strumentale e strettamente necessario all'evoluzione dell'intero sistema di assistenza che il Piano intende promuovere: ricerca e innovazione, formazione, sistema informativo, comunicazione e partecipazione.

Per ciascuno di questi ambiti, il Piano si limita a contenere scelte ed indirizzi di ordine generale. La formulazione delle puntuali disposizioni attuative discendenti dagli indirizzi del Piano è rinviata al confronto e all'esperienza dei referenti istituzionali e professionali. Tale approccio consentirà, tra l'altro, di valorizzare le occasioni di confronto, finalizzate alla stesura dei provvedimenti attuativi, come momenti di condivisione e diffusione del significato del nuovo strumento di programmazione integrata.

Questa impostazione, coerente con le due leggi regionali n. 29 del 2004 e n. 2 del 2003, era già presente nella prima bozza di Piano presentata a fine legislatura scorsa, proposta che per volontà condivisa dalla Cabina di regia, luogo centrale di confronto e concertazione sull'insieme delle politiche sociali e sanitarie fra Regione ed Enti locali, fu sospesa per approfondire e condividere, fin dalla fase propositiva, proprio alcuni temi legati alla costruzione di una più forte integrazione delle politiche e dei servizi in ambito locale/distrettuale. Altro tema di riflessione ha riguardato la "governance" complessiva del sistema partendo dalla importante esperienza svolta in questi anni sul terreno della integrazione e della innovazione, dai Piani sociali di zona ai Piani per la salute, alla programmazione sanitaria.

Oggi peraltro la proposta di Piano può avvalersi non solo dei positivi confronti di questi mesi, alcuni dei quali hanno già prodotto indicazioni concrete e atti operativi, ma anche di un migliore contesto regionale e complessivo, dalla ripresa di un impegno nazionale sulle politiche sociali al nuovo patto per la salute, dal Fondo per la non autosufficienza, in coerenza con il Patto per la qualità dello sviluppo e la coesione sociale, sottoscritto dalle parti sociali, all'avvio concreto del processo di riorganizzazione dei servizi partendo dalla trasformazione delle IPAB in Aziende pubbliche di servizi alla persona (ASP).

In alcuni casi il Piano assume indicazioni già deliberate dal Consiglio o dalla Giunta regionale o in corso di approvazione, armonizzandole col nuovo contesto, come ad esempio le disposizioni per i Piani sociali di zona, contenute nella Deliberazione del Consiglio Regionale (DCR) 615/2004, le linee-guida per l'accreditamento dei servizi approvate con Deliberazione della Giunta Regionale (DGR) 772/2007, le linee-guida per l'atto aziendale, approvate con DGR 86/2006, la DGR 1533/2006 "Approvazione prime linee di indirizzo regionali in tema di prevenzione e di contrasto del consumo/abuso di sostanze stupefacenti e psicotrope", il Programma del Fondo regionale per la non

autosufficienza, approvato con DGR 509/2007, il Programma per la promozione degli Uffici di piano, approvato con DGR 1004/2007.

In altri casi richiede, come si è detto, disposizioni attuative specifiche che scaturiranno da un percorso di confronto e partecipazione analogo a quello che ha caratterizzato questo Piano stesso. Le Aziende sanitarie sono tenute ad aggiornare il proprio Atto aziendale in relazione alle indicazioni contenute nel presente Piano sociale e sanitario regionale.

PARTE PRIMA

IL NUOVO SISTEMA INTEGRATO DEI SERVIZI

CAPITOLO 1

L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

L'integrazione tra servizi sociali e sanitari è una necessità per organizzare risposte e interventi fondati sul riconoscimento delle persone nella loro globalità ed in rapporto ai loro contesti di vita. Per rendere concretamente praticabile qualsiasi forma di integrazione, occorre ribadire che il concetto di salute deve comprendere e valorizzare anche aspetti di benessere legati alle condizioni economiche dei cittadini, alle relazioni, al grado complessivo di coesione sociale, alle azioni di contrasto delle disuguaglianze. Con ciò si intende sottolineare la necessità di approcci e strategie che, all'interno di un'ottica di sostanziale valorizzazione del ruolo e delle competenze degli Enti locali, siano in grado di elevare la capacità di lettura e risposta ai bisogni, garantendo un approccio integrato tra i diversi livelli e strumenti di governo del sistema, così da innalzare il livello complessivo della qualità del welfare regionale.

Questo approccio spinge ad un passaggio decisivo tra un sistema di offerta prevalentemente basato sulle professionalità specialistiche ad un sistema di offerta caratterizzato dall'accompagnamento e la presa in cura in continuità della persona.

Il primo modello assicura singole prestazioni sociali e sanitarie che si basano su una elevata qualità professionale ma che non sempre producono qualità nel loro esplicarsi, in quanto non sono concepite e orientate ad integrarsi nel quadro personale e delle relazioni a cui partecipano le persone. Il secondo approccio promuove l'autonomia, la consapevolezza e la responsabilità attraverso la partecipazione; si propone di valorizzare le professionalità specialistiche portandole ad interagire e a confrontarsi con l'unitarietà del soggetto/utente, rispetto alla quale possono trovare una ragione ancora più elevata e profonda circa il valore del proprio lavoro specifico.

L'attuazione dell'integrazione è voluta soprattutto in quanto funzionale al migliore soddisfacimento dei bisogni sociali e sanitari delle persone e delle famiglie, ma anche in quanto ritenuta capace di elevare il riconoscimento del valore del lavoro e degli apporti professionali, che vengono necessariamente coinvolti alla definizione di un quadro organizzativo e di connessioni più ampio.

Sul versante degli indirizzi politico-amministrativi, l'integrazione socio sanitaria costituisce, a partire dalla L. 8 novembre 2000, n. 328 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali), dal D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229 (Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della L. 30 novembre 1998, n. 419) e dal Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, approvato con D.P.R. 23 luglio 1998, un tema fondamentale della normativa nazionale ed oggetto specifico delle strategie di "politica della salute" e di sviluppo del Sistema sanitario e sociale della Regione Emilia-Romagna.

Le normative regionali di programmazione sanitaria (Piano Sanitario Regionale 1999-2001, approvato con DCR 22 settembre 1999, n. 1235) e in applicazione del Titolo V della Costituzione riformato nonché la L.R. 2/2003 in riferimento alla L. 328/2000 hanno già dedicato una significativa attenzione al tema della integrazione sociosanitaria.

La stessa L.R. 2/2003 individua in sede locale un unico contesto di programmazione

integrata, il “Piano sociale di zona” per “la localizzazione dei servizi e degli interventi socio sanitari ed i livelli di integrazione tra risorse sanitarie e sociali”.

La L.R. 29/2004 e la successiva direttiva sull’Atto aziendale (DGR 86/2006) ribadiscono, poi, come la “integrazione fra gli interventi di natura sociale e le attività di assistenza sanitaria” costituiscano uno dei “principi fondamentali di organizzazione e di funzionamento del S.S.R.”, da realizzarsi “principalmente a livello distrettuale e per i servizi ad elevata integrazione sanitaria”.

Quest’ultima formulazione viene ripresa e specificata dalla direttiva sull’Atto aziendale che sottolinea come “la qualificazione del Distretto quale articolazione fondamentale del governo aziendale è funzionale allo sviluppo delle nuove e più incisive forme di collaborazione fra Aziende sanitarie ed Enti locali (art. 5, L.R. 29/2004) e rappresenta la sede ottimale per lo sviluppo della assistenza territoriale e della integrazione fra servizi sanitari e sociali (...)”.

Parallelamente, in ambito sociale, la L.R. 2/2003 prevede che i Comuni e le Aziende USL realizzino accordi per l’integrazione socio-sanitaria costituendo i modelli organizzativi e gestionali, fondati sull’integrazione professionale e precisi rapporti finanziari, in coerenza con le direttive emanate dall’Assemblea Legislativa regionale.

L’attenzione dedicata alla integrazione socio-sanitaria non è tuttavia soltanto effetto del dettato normativo nazionale e regionale quanto la conseguenza del maturare del convincimento che la integrazione rappresenta un fattore fondamentale di qualificazione della offerta dei servizi e prestazioni socio sanitarie, per un triplice ordine di motivi:

- a) L’integrazione genera maggiore efficacia di cura e di sostegno.
- b) L’integrazione favorisce un uso più efficiente delle risorse.
- c) L’integrazione riduce il disagio dei cittadini nel rapporto con i servizi.

Per perseguire l’integrazione è necessario che le persone e le famiglie abbiano un unico interlocutore di riferimento (il responsabile del caso), che opera nell’ambito di un gruppo multiprofessionale in una logica di erogazione unitaria e coordinata.

1.1 Le forme della integrazione socio-sanitaria

L’integrazione socio-sanitaria qualificata come un valore primario e, al contempo, obiettivo strategico del sistema regionale di welfare, deve essere perseguita a livello istituzionale, comunitario, gestionale e professionale, secondo specifiche modalità di promozione, attuazione e sviluppo. Tali modalità sono in parte già individuate dal Piano e saranno previste dalle disposizioni regionali che ne accompagneranno la realizzazione.

a) L’integrazione istituzionale

Identifica, nell’ambito di una visione condivisa di forte cooperazione, le responsabilità coordinate o unitarie dei vari soggetti istituzionali presenti sul territorio: Comuni, Provincia, AUSL, esprimendosi attraverso le forme tipiche del provvedimento amministrativo (accordi di programma, atti di delega, etc.).

L’integrazione istituzionale non realizza di per sé, attività ed interventi assistenziali integrati, ma ne costituisce la premessa, in termini di volontà politica e ne formalizza le condizioni attuative attraverso la codificazione degli impegni che devono essere assunti

dalle amministrazioni coinvolte sia nella elaborazione e approvazione dei contenuti programmatori sia nella loro successiva realizzazione.

b) L'integrazione comunitaria

Una delle fondamentali ragioni della necessità di costruire un welfare locale e di comunità è la stretta e peculiare combinazione fra politiche generali che incidono sulla qualità della vita quotidiana e condizionano la effettiva fruibilità dei servizi, quali ad esempio l'integrazione fra politiche sanitarie e sociali, di inserimento scolastico e lavorativo, urbanistiche e della casa, dei trasporti, ecc. Tali politiche hanno livelli diversi di determinazione i cui effetti finali convergono comunque a livello locale. Questo comporta la necessità di realizzare la attivazione della intera comunità locale (soggetti istituzionali, economici e sociali, a partire dal terzo settore) attorno alle politiche sociali e sanitarie, assumendo più puntuali e distinte responsabilità nelle specifiche fasi della programmazione, nella organizzazione e nella produzione di servizi.

c) L'integrazione gestionale

Si realizza attraverso l'interazione dei soggetti istituzionali presenti in ambito distrettuale che si coordinano per realizzare la unicità gestionale dei fattori organizzativi e delle risorse, e che assicurano la costituzione e la regolazione del funzionamento delle reti dei servizi sanitari, socio sanitari e sociali.

In fase attuativa del Piano, sarà necessario:

- Realizzare l'unicità gestionale dei fattori organizzativi e delle risorse finanziarie tramite la programmazione annuale. I problemi da considerare dal punto di vista del finanziamento si collocano su due versanti principali: quello della raccolta dei mezzi finanziari e quello della loro distribuzione. Su entrambi, la costruzione di un sistema regionale di assistenza, ha bisogno che i soggetti titolari di tali funzioni (Regione, Province e Comuni) raggiungano un forte grado di coordinamento. Tale esigenza vale in particolare con riferimento alle risorse destinate ad alimentare principalmente quei servizi che devono essere garantiti su base universale e solidaristica; inoltre, le politiche di finanziamento devono garantire una distribuzione delle risorse a livello territoriale, sulla base di criteri di ripartizione equi e consolidati, al fine di renderne prevedibile il flusso e programmabile l'impiego.
- Stabilire la specificazione delle prestazioni sanitarie, delle prestazioni "sanitarie a rilevanza sociale" (per alcune delle quali l'allegato 1c del D.P.C.M. 29 novembre 2001 (Definizione dei livelli essenziali di assistenza) propone una percentuale dei costi a carico dell'utente) e delle "prestazioni sociali a rilevanza sanitaria" i cui oneri sono totalmente a carico del Fondo sociale (dei Comuni e/o dei cittadini). Le caratteristiche quantitative e qualitative dei servizi e degli interventi che costituiscono i livelli essenziali delle prestazioni sociali, ai sensi dell'art. 6 della L.R. 2/2003, saranno definite a seguito dell'individuazione da parte dello Stato dei livelli essenziali e uniformi delle prestazioni sociali, e del relativo finanziamento.
- Sviluppare, nella elaborazione dei contenuti della programmazione locale, la costituzione e regolazione delle reti dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali. Compete invece alla Regione stabilire i nodi di ciascuna rete e la corrispondente utenza elettiva di riferimento. Tale impegno è la premessa per promuovere lo sviluppo delle reti che afferiscono alle varie aree di assistenza in cui si declinano "le prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria" di cui all'art. 3-septies

del D.Lgs. 502/1992 (anziani non autosufficienti; disabili adulti; minori problematici; alcool-tossicodipendenti; malati di mente; etc).

Obiettivo del PSSR è di assicurare, nell'arco del triennio, a tutti i cittadini della regione:

- il diritto all'accesso alla rete dei servizi e delle prestazioni sociali e socio-sanitarie;
- il diritto all'informazione e alla presa in carico;
- il diritto, nell'ambito della regolazione del sistema integrato e delle risorse finanziarie che lo sostengono, ad un piano assistenziale individuale appropriato.

Per il perseguimento di tale obiettivo è essenziale:

- 1) la definizione di un sistema unificato di accesso ai servizi ed agli interventi, che preveda criteri e modalità comuni. Questo richiede in particolare:
 - a) la connessione tra gli sportelli sociali e gli sportelli distrettuali al fine di assicurare ai cittadini adeguata informazione ed orientamento ai servizi sociali e sanitari da entrambi gli accessi; la predisposizione, su base distrettuale, di percorsi integrati ed unificati per usufruire dei vari servizi di rete, anche tramite la definizione condivisa di procedure specifiche;
 - b) la costituzione di strutture professionali integrate tra AUSL e Comuni, per la definizione dei progetti assistenziali a partire dalla valutazione dei bisogni e della domanda. Tali strutture operano su base distrettuale, ed assumono i caratteri di una equipe interprofessionale (unità di valutazione multiprofessionale) la cui composizione può variare in ragione delle competenze professionali richieste dalle caratteristiche dell'area assistenziale cui la rete afferisce. La funzione di valutazione e di progettazione svolta dall'equipe viene esercitata avvalendosi di strumenti di valutazione multimodale periodicamente rivisti e corretti in rapporto alla evoluzione scientifica delle metodologie valutative e della esperienza maturata a seguito della loro applicazione.
- 2) La strutturazione del processo che, garantendo modalità di scambio di informazioni fra servizi renda più facilmente realizzabile la "continuità assistenziale".
- 3) La ri-programmazione periodica (annuale e poliennale) all'interno dei vari processi della pianificazione sanitaria, sociosanitaria e sociale. Questo comporta l'allestimento di un sistema informativo che fornisca a tutti gli attori che operano nelle reti (Conferenze territoriali sociali e sanitarie (CTSS); Comitato di Distretto; Direzione AUSL; direttori di Distretto; Uffici di piano; organismi di gestione; etc.) e che devono assumere decisioni in riferimento ad esse, un quadro organico di elementi conoscitivi afferenti alle attività e alle dinamiche di costo. Il funzionamento e la manutenzione delle reti richiede quindi una precisa responsabilità tecnica di gestione, identificabile in una struttura integrata (Ufficio di piano), unitariamente individuata da Comuni e Distretto AUSL, capace di monitorare, presidiare, stimolare tutti i processi operativi.

d) L'integrazione professionale

Realizza condizioni operative unitarie fra figure professionali diverse (sanitarie e sociali) sia attraverso la costituzione di equipe multiprofessionali, sia mediante l'erogazione

congiunta di attività assistenziali ordinariamente afferenti a servizi sanitari, socio-sanitari e sociali.

La integrazione professionale realizza le condizioni che garantiscono il massimo di efficacia nell'affrontare bisogni di natura multiproblematica la cui complessità richiede la predisposizione di una risposta altrettanto complessa, frutto della coordinata strutturazione di uno o più approcci assistenziali secondo un processo che si compone di tre fasi fondamentali:

- la fase della presa in carico;
- la fase della progettazione individualizzata;
- La fase della valutazione.

L'integrazione professionale rappresenta anche l'opportunità per una partecipazione più motivata, consentendo agli operatori di rilevare il valore di ogni specifico apporto ed offrendo maggiore consapevolezza circa i processi di attività.

L'integrazione professionale richiede tre condizioni di supporto:

- la partecipazione delle figure professionali alla definizione delle linee organizzative e programmatiche dei servizi, in relazione alla specifica competenza ed in funzione della realizzazione di processi di intervento condivisi, coerenti e qualificati. Infatti, un clima organizzativo che facilita il confronto interprofessionale e interpersonale, centrato sul miglioramento continuo della qualità dei servizi in relazione ai bisogni delle persone che vi ricorrono, consente di incrementare le interconnessioni e la possibilità di gestione condivisa delle responsabilità.
- La predisposizione di un sistema informativo per la raccolta dei dati di attività e la registrazione delle variazioni nello status del bisogno, indispensabili per progettare e valutare i singoli processi assistenziali.
- La realizzazione di moduli formativi comuni cui partecipino operatori sanitari e sociali, appartenenti sia ai servizi dell'AUSL che a quelli degli Enti locali e che coinvolgano tanto il sistema dei produttori pubblici che quello dei produttori privati, profit e non profit.

La Regione sostiene iniziative di formazione dedicate a tutte le componenti della governance locale. L'obiettivo è di sviluppare l'esercizio delle funzioni programmatiche e lo sviluppo delle forme della integrazione socio-sanitaria nonché di formare sui temi della gestione i futuri dirigenti delle Aziende pubbliche di servizi alla persona (ASP). Tali obiettivi saranno perseguiti promuovendo un confronto fra linguaggi, esperienze, culture e referenze concettuali, premessa e, al contempo, collante prezioso per favorire tutte le successive dinamiche della integrazione.

CAPITOLO 2

L'INTEGRAZIONE ISTITUZIONALE PRINCIPIO FONDAMENTALE DI GOVERNANCE

In attuazione degli art. 3, 38 e 118 della Costituzione, lo Stato, la Regione e gli Enti locali garantiscono l'insieme dei diritti e delle opportunità volte allo sviluppo del benessere dei singoli e delle comunità ed assicurano il sostegno ai progetti di vita delle persone e delle famiglie.

Al fine di prevenire, rimuovere o ridurre le condizioni che limitano i diritti e le opportunità, la Regione e gli Enti locali realizzano un sistema integrato di interventi e servizi con il concorso dei soggetti della cooperazione sociale, dell'associazionismo di promozione sociale e del volontariato, delle ASP, degli Enti di patronato e degli altri soggetti di cui all'art. 1 della L. 328/2000.

Il sistema integrato ha carattere di universalità, si fonda sui principi di cooperazione e promozione della cittadinanza sociale, opera per assicurare il pieno rispetto dei diritti ed il sostegno della responsabilità delle persone, della famiglia e delle formazioni sociali. In questo quadro la Regione e gli Enti locali favoriscono l'autonoma iniziativa dei cittadini singoli e associati, sulla base del principio di sussidiarietà orizzontale.

Il sistema integrato è finanziato attraverso risorse derivanti dalla fiscalità e l'eventuale compartecipazione degli utenti si ispira a criteri di equità e progressività.

2.1 La funzione di governo del sistema pubblico di welfare regionale e locale

I principi richiamati in premessa rendono evidente la responsabilità primaria della Regione e degli Enti locali i quali devono assicurare, in modo unitario e integrato, la funzione di governo (programmazione, regolazione e verifica dei risultati) del sistema.

L'assetto istituzionale attraverso il quale la Regione e gli Enti locali hanno organizzato l'esercizio di questa funzione primaria si è venuto consolidando attorno a due direttrici: la centralità del ruolo della Regione nel governo del Servizio sanitario; la centralità del ruolo degli Enti locali, in riferimento all'art. 118 della Costituzione, nel governo degli interventi e dei servizi sociali.

Questi due distinti assetti sono all'origine dello sviluppo di due diverse forme di integrazione istituzionale. La prima fa riferimento allo sviluppo delle forme associative tra gli Enti locali (Associazioni intercomunali, Unioni di Comuni, Comunità Montane, Consorzi ecc.) per l'esercizio di funzioni e servizi anche in campo sociale. Si tratta di forme associative dotate di personalità giuridica (ad eccezione delle Associazioni intercomunali la cui attività è regolata da convenzione ai sensi dell'art. 30 del Testo Unico delle leggi sull'ordinamento degli Enti locali, emanato con D.Lgs. 18 agosto 2000, n. 267, costituite su base volontaria).

La seconda riguarda lo sviluppo e il consolidamento della Conferenza territoriale sociale e sanitaria e del Comitato di Distretto, individuati dalla legislazione Regionale (L.R. 2/2003 e L.R. 29/2004), quali strumenti di raccordo istituzionale tra gli Enti locali e le Aziende Sanitarie.

Obiettivo primario di questo Piano è di favorire l'omogeneità, sull'intero territorio regionale, dell'assetto istituzionale integrato del sistema di welfare.

2.2 I principi del sistema istituzionale integrato

Anche attraverso l'esperienza dei Piani sociali di zona e dei Piani per la salute, nonché dall'ampio confronto che si è sviluppato a livello regionale e territoriale emerge una comune condivisione dei principi ai quali occorre ispirare l'assetto istituzionale integrato di governo del sistema.

Tali principi sono:

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

Questi principi consentono, nel quadro normativo vigente, di disegnare un assetto istituzionale di governo coerente ed omogeneo.

➤ A livello regionale

Gli organi politici e istituzionali con competenze di governo sull'area delle politiche sociali, sanitarie e dell'integrazione sono:

- l'Assemblea Legislativa regionale e la Giunta regionale con le rispettive competenze di indirizzo politico e di controllo, e di iniziativa, amministrazione e promozione, così come definite dal nuovo Statuto regionale approvato a seguito della riforma del Titolo V della Costituzione;
- il Consiglio delle Autonomie - previsto all'art. 23 dello Statuto regionale - e, fino alla sua costituzione, la Conferenza Regione-Autonomie Locali (CRAL). Tale Consiglio è organo di rappresentanza, consultazione e coordinamento tra la Regione e gli Enti locali; partecipa ai processi decisionali della Regione riguardanti il sistema delle Autonomie locali attraverso proposte e pareri in particolare su "... c) piani e programmi che coinvolgono l'attività degli Enti locali; d) la disciplina del coordinamento del sistema tributario e finanziario e le linee della legge di bilancio; e) il conferimento di funzioni alle Autonomie locali e la relativa disciplina" (art. 23, commi 2 e 3). All'art. 24 si sottolinea che la Regione, quale ente legislativo e di governo, pone a fondamento della propria attività i principi dell'autonomia e dell'integrazione tra i livelli istituzionali; assume il metodo e gli strumenti della collaborazione istituzionale, perseguendo il raccordo tra gli strumenti di programmazione della Regione, delle Province e dei Comuni; opera per la valorizzazione delle Assemblee elettive, favorisce l'associazione dei Comuni e la creazione di un sistema a rete delle Amministrazioni locali. È evidente la rilevanza che questo organo potrà avere nei processi decisionali riguardanti la programmazione delle politiche in oggetto, una volta istituito e regolamentato con apposita legge regionale.
- la Cabina di regia regionale per le politiche sociali e sanitarie, istituita con specifico protocollo d'intesa tra Regione e Autonomie locali recepito dalla DGR 2187/2005, e individuata come luogo di confronto, coordinamento e collaborazione, per promuovere - con attività di impulso, proposta e valutazione - la più ampia integrazione delle strategie e delle politiche sanitarie, sociali e sociosanitarie, e come sede di concertazione con le Organizzazioni sindacali. Tale organismo opera

in questa fase transitoria verso l'assetto definitivo conseguente al nuovo Statuto regionale, svolgendo anche attività di supporto alla CRAL.

Gli strumenti tecnici di supporto agli organi politici e istituzionali regionali per la definizione degli indirizzi sono:

- il Comitato tecnico scientifico con funzioni di supporto, di istruttoria, consultive e di proposta alla Cabina di regia, tramite approfondimenti, studi e ricerche;
- il Tavolo tecnico regionale di supporto alla programmazione sociale e sociosanitaria distrettuale, con funzioni di informazione e confronto, con la presenza di rappresentanti dei Comuni, delle Province e dei Distretti;
- il Gruppo intersettoriale della Direzione generale sanità e politiche sociali;
- l'Agenzia sociale e sanitaria regionale.

➤ **A livello intermedio**

Il soggetto istituzionale con competenze di coordinamento a livello intermedio, sull'area delle politiche sociali e dell'integrazione tra queste e altre politiche (lavoro, casa, formazione professionale, istruzione, educazione, cultura e pianificazione territoriale), è la Provincia.

La Provincia nell'ambito della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (CTSS) partecipa all'esercizio delle funzioni di:

- promozione dell'integrazione delle politiche sociali con altre politiche settoriali,
- rilevazione dei bisogni e dell'offerta di servizi del territorio al fine dell'implementazione del Sistema informativo socio-educativo-assistenziale provinciale,
- promozione della partecipazione del Terzo settore e delle ASP al sistema dei servizi,
- predisposizione di specifici Programmi di ambito provinciale integrati con la programmazione distrettuale,
- coordinamento della programmazione dei distretti con i programmi di ambito provinciale.

Attraverso la CTSS, la Provincia, i Comuni dell'ambito territoriale di riferimento e l'AUSL, ciascuno per le rispettive competenze, realizzano il coordinamento delle politiche sociali, sanitarie e socio-sanitarie.

Gli obiettivi che si intendono perseguire sono:

- la valorizzazione del ruolo della CTSS come luogo di integrazione dei diversi soggetti e competenze istituzionali;
- la semplificazione e l'armonizzazione degli strumenti di programmazione che incidono sullo stesso ambito territoriale;
- lo sviluppo di una identità in grado di rafforzare e valorizzare l'articolazione distrettuale a rete del sistema territoriale integrato.

La legislazione e le direttive regionali succedutesi negli anni ed ancora in vigore attribuiscono alla Conferenza molteplici funzioni differenziate tra loro che, ai fini dell'attuazione del PSSR, è opportuno ricomporre in una ottica integrata riconducendole a quattro tipologie: di indirizzo, consultive, propulsive e di verifica e controllo.

A tale classificazione e più in generale al ruolo della CTSS di coordinamento e raccordo

tra livello regionale e quello distrettuale occorre riferire la produzione normativa e di indirizzo regionale attualmente in vigore e quella che verrà definita ed approvata nel tempo di vigenza del PSSR.

Si evidenziano di seguito le competenze principali afferenti alle quattro tipologie di funzioni:

Di indirizzo:

1. approva l'atto di indirizzo e coordinamento triennale contenente le priorità strategiche in area sociale, sociosanitaria – compresa la non autosufficienza - e sanitaria. In tale atto sono definiti anche gli indirizzi per l'adozione da parte dell'Azienda USL del Piano Attuativo Locale (PAL);
2. partecipa al processo di elaborazione del PAL dell'Azienda sanitaria e lo approva;
3. d'intesa con i direttori generali, individua i distretti e modifica i loro ambiti territoriali. Il direttore generale adotta i provvedimenti conseguenti, trasmettendoli alla Giunta regionale per la verifica di conformità alla programmazione regionale;
4. assicura altresì l'equa distribuzione delle risorse fra i diversi ambiti distrettuali, in rapporto agli obiettivi di programmazione e riequilibrio, alla distribuzione ed alla accessibilità dei servizi ed ai risultati di salute;
5. definisce i criteri di riparto del Fondo regionale per la non autosufficienza (FRNA) tra i Distretti con l'obiettivo di garantire il riequilibrio territoriale sia a livello finanziario sia nell'organizzazione delle reti dei servizi al fine di assicurare equità di accesso;
6. assicura il coordinamento del processo di definizione delle priorità degli interventi in conto capitale finanziabili ai sensi dell'art. 48 della L.R. 2/2003, in collaborazione con gli enti titolari della programmazione distrettuale (Comitati di distretto oppure organi di governo delle forme associative, o Comuni singoli nei casi in cui ambito distrettuale e comune coincidono)

Consultive:

1. esprime parere obbligatorio sul Piano programmatico delle Aziende sanitarie, di cui all'art. 5 della L.R. 20 dicembre 1994, n. 50 (Norme in materia di programmazione, contabilità, contratti e controllo delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere) e sui relativi aggiornamenti annuali;
2. esprime parere obbligatorio sul bilancio pluriennale di previsione, sul bilancio economico preventivo e sul bilancio d'esercizio, trasmettendo alla Regione eventuali osservazioni ai fini del controllo esercitato dalla Giunta regionale a norma del comma 2, lettera d) dell'art. 11 della L.R. 12 maggio 1994, n. 19 (Norme per il riordino del servizio sanitario regionale ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517);
3. esprime parere obbligatorio sugli accordi tra Aziende sanitarie e Università, attuativi dei protocolli di intesa tra Regione e Università;
4. in merito alle ASP:
 - esprime parere obbligatorio sul Piano Programmatico delle ASP;
 - autorizza la partecipazione alle sperimentazioni gestionali;
 - assicura, con il supporto della Provincia, il monitoraggio del processo di aziendalizzazione nel territorio provinciale.
5. esprime parere ai fini della verifica dei risultati aziendali conseguiti e del

raggiungimento degli obiettivi da parte del Direttore generale dell'AUSL di cui all'articolo 3-bis, comma 6 del D.Lgs. 502/1992 e successive modifiche;

6. esprime parere sulla nomina del Direttore Generale

Propulsive

1. promuove e coordina la stipula degli accordi in materia di integrazione socio-sanitaria previsti dai Piani di zona distrettuali per la salute e il benessere sociale, tenuto conto delle indicazioni del Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali, assicurando l'integrazione e la coerenza con i Piani per la salute previsti dal Piano sanitario regionale
2. promuove, nel rispetto dell'autonomia statutaria degli enti territoriali, la partecipazione dei Consigli comunali e dei Consigli provinciali alla definizione dei piani attuativi locali, nonché la partecipazione dei cittadini e degli utenti alla valutazione dei servizi sanitari
3. promuove, con il supporto delle Aziende sanitarie, strategie, interventi e specifici accordi di programma (ad esempio L.R. 17/2007 sulla Prevenzione, cura e controllo del tabagismo) volti alla promozione della salute ed alla prevenzione, anche in considerazione delle criticità e delle priorità di salute individuate nell'atto di indirizzo e coordinamento triennale
4. promuove in accordo con i comitati di distretto e le Aziende sanitarie le modalità e gli strumenti operativi per garantire l'integrazione e il raccordo delle attività in ambito sovradistrettuale, anche tramite specifiche indicazioni regolamentari
5. promuove, con attività di indirizzo e di verifica, il raccordo tra la programmazione regionale e quella distrettuale.

Di verifica e controllo

1. verifica periodicamente l'attività delle Aziende sanitarie presenti nell'ambito territoriale di riferimento, anche formulando proprie valutazioni e proposte e trasmettendole al Direttore generale ed alla Regione. A tal fine le Aziende sanitarie mettono a disposizione gli strumenti informativi ed operativi idonei ad espletare i compiti e le funzioni di propria competenza
2. partecipa alla valutazione della funzionalità dei servizi e della loro razionale distribuzione territoriale, utilizzando indicatori omogenei di attività e di risultato definiti dalla Regione ed eventualmente integrati dalle Aziende
3. designa un componente del collegio sindacale dell'azienda sanitaria di riferimento ed effettua le altre nomine e designazioni che le sono attribuite per legge
4. può chiedere alla Regione di procedere alla verifica del direttore generale, anche al fine della revoca dell'incarico, qualora la gestione presenti una situazione di grave e persistente disavanzo, in caso di violazione di legge o del principio di buon andamento e di imparzialità della amministrazione, ovvero nel caso di manifesta inattuazione nella realizzazione del PAL, di cui all'articolo 17, comma 1, lettera f) della L.R. 19/1994 e successive modifiche.

Gli Enti locali componenti la CTSS possono conferire a questa ulteriori competenze rispetto a quelle previste dalla disciplina regionale, in conformità a quanto previsto dalla normativa vigente.

L'attuale assetto territoriale delle CTSS coincide con quello delle Aziende USL. Nelle province di Bologna e di Forlì-Cesena sono pertanto istituite due CTSS. In ragione di

tale particolarità l'art. 3 della L.R. 20 ottobre 2003, n. 21 (Istituzione dell'Azienda Unità sanitaria locale di Bologna - Modifiche alla legge regionale 12 maggio 1994, n. 19) ha previsto, per quanto riguarda la provincia di Bologna, l'istituzione del Comitato di coordinamento dell'area Metropolitana. Successivamente, come previsto dall'art. 11 della L.R. 24 marzo 2004, n. 6 (Riforma del sistema amministrativo regionale e locale. Unione Europea e relazioni internazionali. Innovazione e semplificazione. Rapporti con l'Università), gli organi di governo del Nuovo Circondario Imolese hanno assunto direttamente l'esercizio delle funzioni della CTSS e del Comitato di Distretto per l'ambito territoriale dell'AUSL di Imola.

In tali territori andranno attivate, per impulso dell'Amministrazione provinciale, le necessarie forme di concertazione istituzionale nella elaborazione dell'Atto di coordinamento e indirizzo da parte delle CTSS.

Al fine di rafforzare e consolidare il ruolo della CTSS quale strumento condiviso, tra la Regione e gli Enti locali, per assicurare il governo integrato del sistema a livello territoriale e, in particolare, favorire il necessario raccordo tra la programmazione regionale e quella distrettuale, con il presente Piano si prevede l'adozione, da parte della Conferenza dell'Atto di coordinamento e indirizzo triennale che costituirà il quadro di riferimento della programmazione territoriale per la salute e il benessere.

Nel percorso di elaborazione dell'Atto di coordinamento e indirizzo triennale la CTSS dovrà promuovere, come previsto dall'art. 5, comma 2 della L.R. 29/2004, la partecipazione dei Consigli comunali e del Consiglio provinciale.

La Conferenza, ai sensi del comma 8 del medesimo articolo, disciplina, attraverso il proprio regolamento, elaborato sulla base di uno schema tipo regionale, procedure e modalità del proprio funzionamento, l'organizzazione e il funzionamento dell'ufficio di supporto, i compiti dell'ufficio di presidenza e le relazioni con i Comitati di Distretto ovvero con gli organi delle forme associative che ne esercitano le funzioni. Per l'esercizio delle proprie funzioni la CTSS dovrà dotarsi di uno strumento tecnico (ufficio di supporto) funzionale anche alla elaborazione dell'Atto di coordinamento e indirizzo provinciale triennale. I principali compiti dell'Ufficio sono: supporto informativo, monitoraggio ed istruttoria ai fini dell'attività di indirizzo e verifica, promozione, raccordo e coordinamento, anche rispetto agli ambiti distrettuali, supporto alle iniziative di comunicazione e partecipazione politica, nonché funzioni di segreteria.

La costituzione dell'Ufficio dovrà avvenire sulla base di specifici accordi evitando ridondanze, anzitutto, attraverso la valorizzazione e l'efficace ed efficiente organizzazione delle competenze professionali e delle risorse tecniche già disponibili presso gli enti che partecipano alla conferenza, con particolare riferimento alla Provincia ed all'Azienda USL. A tal fine esso si dovrà avvalere in modo continuativo e strutturato dei supporti professionali (epidemiologi, sociologi, statistici, economisti, amministrativi) e delle strutture organizzative esistenti di AUSL, Provincia e Comuni (Uffici di Piano, Osservatori, Uffici di Piano sociali provinciali, Servizi Enti Locali, Dipartimenti e Distretti AUSL, ecc).

L'ufficio di supporto della CTSS, già previsto dal comma 2 dell'art. 2 della L.R. 21/2003, dovrà essere collocato, preferibilmente, presso l'Ente locale (Comune o Provincia) che esprime la presidenza della Conferenza.

La CTSS nel disciplinare l'organizzazione e il funzionamento di tale ufficio dovrà perciò tenere conto della necessità di garantire, in particolare:

- il coordinamento permanente per quanto attiene le istruttorie e il supporto tecnico sulle tematiche di ambito sociale e socio sanitario, tra l'ufficio di supporto e i nuovi uffici di piano di ambito distrettuale così come di seguito delineati;
- l'integrazione con l'AUSL per quanto riguarda l'ambito della programmazione sanitaria e socio sanitaria e comunque una collaborazione fattiva tra tutti gli Enti/uffici che producono o elaborano dati che possono essere utili alla pianificazione e valutazione in tali settori (dati sui bisogni e sull'offerta di servizi, dati epidemiologici, demografici, di spesa);
- la compartecipazione al costo dell'ufficio di supporto alla Conferenza da parte delle Aziende sanitarie come previsto dalla L.R. 29/2004;
- la disponibilità dell'Ente sede della CTSS ad adottare i necessari provvedimenti per dare attuazione al regolamento.

L'Ente sede della CTSS metterà a disposizione dell'Ufficio di Supporto la strumentazione operativa ed informativa idonea ad espletare i compiti e le funzioni di propria competenza ed adotterà tutti gli atti amministrativi necessari al suo funzionamento. Gli Enti componenti la CTSS e le Aziende sanitarie concorrono alle spese necessarie al funzionamento dell'Ufficio.

➤ **A livello distrettuale**

Il tema della semplificazione e integrazione degli strumenti di programmazione presenta a questo livello una connotazione specifica rispetto agli altri livelli di governo, e ciò in considerazione delle rilevanti novità normative, istituzionali e culturali che hanno inciso fortemente sul contesto locale. In particolare semplificare gli strumenti di programmazione distrettuale significa ripensarli coerentemente all'obiettivo di consolidare e semplificare il sistema di governo e gestione degli interventi di integrazione socio-sanitaria in ambito distrettuale. La finalità è quella di attrezzare tale sistema a svolgere meglio le funzioni attribuite dalle leggi regionali in campo sociale, socio-sanitario e sanitario, nonché le funzioni proprie dei Comuni.

In particolare è opportuno qui richiamare quelle derivanti da:

- la sperimentazione della gestione del Fondo regionale per la non autosufficienza (FRNA);
- la definizione e attuazione del sistema dell'accreditamento;
- la regolamentazione omogenea del sistema di compartecipazione alla spesa, anche attraverso lo strumento dell'ISEE;
- la costituzione delle Aziende pubbliche di servizi alla persona (ASP) per la produzione dei servizi e la distinzione di tali funzioni da quelle di indirizzo e regolazione.

Per esercitare l'insieme delle funzioni connesse a questi temi, occorre innanzitutto che i Comuni individuino, come previsto dall'art. 16 della L.R. 2/2003, uno strumento, di ambito distrettuale, strutturato e stabile, che consenta di esercitare al meglio le funzioni amministrative ed i compiti di programmazione, progettazione e realizzazione del sistema locale dei servizi sociali a rete.

In questa direzione, peraltro, è già fortemente orientato e caratterizzato il Programma regionale di riordino territoriale ai sensi della L.R. 26 aprile 2001, n. 11 (Disciplina delle

forme associative e altre disposizioni in materia di enti locali) per l'anno 2006.

Alla luce di queste valutazioni e indicazioni, si possono individuare, come trasversali all'insieme delle funzioni sopra richiamate, due funzioni a livello distrettuale nell'area delle politiche sociali, sanitarie e socio sanitarie:

- una funzione di governo, relativa alla programmazione di ambito distrettuale (comprensiva dell'area della non autosufficienza), alla regolazione e alla verifica dei risultati di salute e di benessere raggiunti, alla definizione delle regole per l'accreditamento, per l'accesso al sistema e per la compartecipazione alla spesa, alla costituzione delle ASP.
- una funzione tecnico-amministrativa e di supporto gestionale, relativa alla definizione della programmazione ed alla sua attuazione (impiego delle risorse, rapporti con i produttori pubblici e privati, integrazione socio-sanitaria a livello organizzativo e professionale, monitoraggio e supporto alla valutazione);

L'esercizio integrato di queste funzioni da parte dei Comuni, potrà dunque, ai sensi dell'art. 29, comma 3, della L.R. 2/2003, realizzarsi:

- attraverso l'attuale Comitato di Distretto, affiancando all'Accordo di programma, col quale si approva il Piano di zona distrettuale per la salute e il benessere sociale e si definiscono nel rispetto delle indicazioni regionali le modalità di approvazione del Programma Attuativo Annuale (PAA), la contestuale stipula di una convenzione, secondo le modalità previste all'art. 30 del T. U. emanato con D.Lgs. 267/2000, tra i Comuni stessi e l'AUSL, finalizzata a regolare e organizzare l'esercizio della funzione amministrativa, individuando un Comune referente per l'ambito distrettuale (Comune capofila) e garantendo un'efficace continuità tra le funzioni di governo e le relative funzioni amministrative e tecnico gestionali
- attraverso una delle altre forme associative disciplinate dal Capo V del Titolo II del T. U. emanato con D.Lgs. 267/2000 e dalla L.R. 11/2001. In questo caso l'accordo di programma è sottoscritto tra gli organi delle forme associative comprese nel territorio del distretto e l'organizzazione della funzione amministrativa sarà regolata secondo le norme che disciplinano il funzionamento dei servizi e degli uffici delle medesime forme associative.

Le funzioni attribuite al Comitato di Distretto potranno, in questo secondo caso, ai sensi e secondo le modalità previste dall'art. 11 della L.R. 6/2004, essere assunte da tale organismo di ambito distrettuale costituito dai Comuni, con la partecipazione formale del Direttore di Distretto.

Negli ambiti distrettuali coincidenti con il territorio del Comune di Bologna, del Comune di Modena, del Nuovo Circondario Imolese, sia le funzioni di governo che quelle amministrative possono essere esercitate direttamente dai rispettivi enti.

2.3 Revisione degli ambiti distrettuali

Considerata la centralità dei distretti e del loro assetto istituzionale all'interno del sistema di welfare regionale e locale è necessario che l'eventuale revisione degli attuali ambiti territoriali dei Distretti sia definita dalle CTSS, con le modalità previste dalla L.R. 29/2004, entro 180 giorni dall'entrata in vigore del presente piano.

CAPITOLO 3

LA PROGRAMMAZIONE INTEGRATA

3.1 Gli strumenti della programmazione

La programmazione rappresenta una delle funzioni strategiche del sistema pubblico. Con la programmazione si definiscono, sulla base di priorità ed obiettivi, gli interventi da mettere in campo, le risorse a disposizione, i processi e le procedure di attuazione. Attraverso la programmazione si costituiscono relazioni significative tra i diversi livelli istituzionali e tra diversi attori pubblici e privati.

Alla funzione di programmazione spetta il compito di intercettare i nuovi e diversi bisogni che derivano dai mutamenti sociali, economici, normativi e culturali e, sulla base di essi, di indicare interventi e risposte assistenziali adeguate.

Con le esperienze di pianificazione locale, sia in ambito sociale che sanitario, si sono sperimentate in questi ultimi anni, forme di comunicazione verticale fra i diversi livelli di governo e, soprattutto, forme di comunicazione orizzontale, tra i diversi soggetti istituzionali e sociali. Esperienze di grande rilevanza politica che, tuttavia, hanno scontato ancora limiti di settorialità e separatezza fra le diverse aree di intervento.

L'adozione del primo Piano sociale e sanitario regionale che fa seguito a una serie di innovazioni normative, nonché alla prima fase di sperimentazione dei Piani sociali di zona, dei Piani per la salute e dei Programmi delle attività territoriali, è orientata verso obiettivi quali:

- Il superamento della programmazione settoriale verso una decisa ottica di integrazione, in primo luogo tra l'area sociale e sanitaria, ma anche con l'area educativa, della formazione, del lavoro, culturale, dell'abitare ed urbanistica, così come peraltro, esplicitamente previsto dall'art. 19 della L.R. 2/2003. Soltanto un approccio integrato, nell'analisi dei bisogni, nelle scelte delle priorità d'intervento e nell'adozione degli strumenti di governo del sistema, può rispondere in maniera adeguata alla complessità dei problemi oggi in campo.
- L'introduzione di un sistema di welfare basato su una prospettiva di diritti dei cittadini all'accesso, alla personalizzazione degli interventi, alla partecipazione attiva ai progetti di sostegno e di cura superando una modalità di intervento principalmente basata sulle singole prestazioni. In questa ottica il Piano rappresenta lo strumento per avviare questo nuovo sistema, garantendo le condizioni effettive di esigibilità dei diritti dei cittadini sulla base dei Livelli Essenziali stabiliti, garantendone anche l'equità e la sostenibilità finanziaria nel corso degli anni.
- Il coinvolgimento, nel rispetto delle relative competenze, di tutti i soggetti (Regione, Enti locali, strutture pubbliche, private profit e non profit, associazioni, volontariato, forze sociali) che necessariamente e a vario titolo sono chiamati a svolgere un ruolo rilevante per l'affermazione dei diritti di cittadinanza. Con le riforme istituzionali succedutesi in questi ultimi anni, la comunità locale si caratterizza sempre più come il luogo nel quale si valutano i bisogni dei cittadini, si definiscono le risorse e si organizzano le risposte assistenziali; la sede naturale quindi dell'analisi, dell'elaborazione, delle scelte strategiche e delle priorità d'intervento, decise con il concorso di tutti i soggetti coinvolti e degli stessi cittadini. Il livello territoriale della programmazione, con l'individuazione dei Comuni associati, in ambito distrettuale, rappresenta il livello comunitario significativo dove costruire la rete integrata dei servizi.

- Il perseguimento di logiche di sistema in modo tale da consentire la contemporanea valorizzazione dell'autonomia dei singoli soggetti, che deve rappresentare una ricchezza e non un vincolo alla crescita di una società più coesa, civile e dinamica.

Più specificatamente gli strumenti di programmazione che assumono rilevanza nell'area dell'integrazione socio-sanitaria del livello regionale e che la Regione si impegna a raccordare gli uni con gli altri sono:

- Il Piano regionale sociale e sanitario, previsto dall'art. 27 della L.R. 2/2003, viene elaborato dalla Giunta regionale, che provvede alle consultazioni ed all'acquisizione dei pareri nel rispetto delle procedure previste dalla normativa vigente, e proposto all'Assemblea Legislativa regionale per l'approvazione definitiva. Il Piano fissa gli obiettivi del triennio, le regole del sistema, il sistema di valutazione dei risultati. Per quanto riguarda in particolare le prestazioni per la non autosufficienza finanziate dall'apposito Fondo, il Piano individua i criteri di ripartizione delle risorse, i servizi e gli interventi che devono essere erogati e le condizioni soggettive per usufruirne. Il Piano regionale fissa i principi generali e gli obiettivi per il governo del sistema e rimanda ad altri atti regionali più specifici le indicazioni di dettaglio;
- Il Programma annuale regionale di ripartizione delle risorse del Fondo sociale regionale, approvato dall'Assemblea Legislativa regionale con il parere della CRAL: il Programma annuale ripartisce le risorse, sulla base dei criteri e degli obiettivi del Piano regionale, fissandone i vincoli e le procedure per il loro utilizzo;
- Le Linee annuali di programmazione e finanziamento del Servizio sanitario regionale;
- Il Piano regionale per la prevenzione;
- Il Programma annuale di ripartizione del Fondo regionale per la non autosufficienza: il programma ripartisce, su ambito distrettuale, le risorse del Fondo per la non autosufficienza istituito dall'art. 51 della L.R. 23 dicembre 2004, n. 27, inerente la legge finanziaria regionale 2005, richiamandosi ai criteri stabiliti dal Piano sociale e sanitario regionale.

Gli obiettivi strategici del Piano sociale e sanitario regionale si integrano e in parte trovano attuazione in alcuni strumenti intersettoriali di programmazione regionale in corso di approvazione quali: il Programma triennale per l'integrazione sociale dei cittadini stranieri ai sensi della L.R. 5/2004, il Piano di azione a favore delle persone anziane, il Programma di riordino territoriale. Il Piano regionale sociale e sanitario rappresenta, relativamente a tali strumenti, il quadro di riferimento per quanto attiene alle politiche sociali, socio-sanitarie e sanitarie.

Lo strumento attraverso il quale, nell'ambito territoriale di riferimento, la CTSS esercita il proprio compito di coordinamento della programmazione distrettuale è l'Atto di indirizzo e coordinamento triennale.

Tale atto, assicurando il raccordo tra i diversi strumenti e i diversi ambiti di pianificazione locali e il raccordo tra i diversi livelli di programmazione (regionale, provinciale, aziendale e distrettuale):

- ricomprende e valorizza l'esperienza dei Piani per la salute, previsti dalla DGR 321/2000, per quanto riguarda la rilevazione delle condizioni di salute e di benessere sociale della popolazione sia a livello provinciale/aziendale sia di ambito distrettuale (profilo di comunità) e l'individuazione dei determinanti che incidono sulla salute e degli obiettivi da perseguire per migliorare la situazione esistente. Il profilo di comunità, valorizzando ed estendendo l'esperienza dei Piani per la salute ne

rappresenta lo sviluppo per quanto attiene alla conoscenza del territorio, indica le criticità per le scelte da perseguire per migliorare la salute ed il benessere e costituisce il quadro conoscitivo di riferimento per le scelte della pianificazione sociale e sanitaria territoriale;

- fornisce le indicazioni strategiche sull'area dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari territoriali;
- comprende gli indirizzi per la definizione del PAL;
- indica gli ambiti dell'integrazione, compresa l'area della non autosufficienza;
- fornisce, nel quadro degli obiettivi regionali approvati annualmente dall'Assemblea Legislativa regionale, indirizzi e strumenti di coordinamento, monitoraggio e valutazione anche in relazione ai contenuti socio-assistenziali della programmazione di ambito distrettuale.

È ambito decisionale specifico della CTSS l'individuazione del livello territoriale e di governo (aziendale/provinciale, distrettuale) nel quale vanno affrontate le criticità rilevate, fatte salve le competenze e le funzioni specifiche definite dalla normativa.

Il metodo di lavoro adottato dalla CTSS per l'elaborazione dell'Atto prevede la partecipazione sistematica degli uffici distrettuali di piano all'Ufficio di supporto e l'apporto di tutte le professionalità competenti e garantisce la promozione della partecipazione al processo programmatico dei soggetti sociali (organizzazioni sindacali e soggetti del terzo settore).

L'obiettivo a questo livello territoriale è di integrare le competenze dei diversi attori, di comporre e armonizzare i differenti strumenti che incidono sullo stesso bacino territoriale, valorizzando allo stesso tempo il ruolo delle CTSS come luogo di integrazione dei diversi soggetti e competenze istituzionali.

Gli strumenti di programmazione per l'ambito distrettuale sono:

- 1) il Piano di zona distrettuale per la salute e per il benessere sociale, di durata triennale, che sostituisce il Piano sociale di zona rafforzandone il raccordo con i contenuti dell'atto di indirizzo triennale della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria in quanto:
 - fa riferimento al profilo di comunità, comprensivo dell'analisi dei bisogni della popolazione del territorio;
 - individua, in coerenza con l'atto triennale della CTSS, le priorità strategiche di salute e di benessere sociale nelle diverse aree d'intervento: sociale, sociosanitaria, compresa l'area della non autosufficienza, sanitaria relativa ai servizi territoriali;
 - definisce la programmazione finanziaria triennale relativa agli interventi sociali, sociosanitari e sanitari;
 - specifica le integrazioni, e i relativi strumenti, con le politiche che concorrono a realizzare gli obiettivi di benessere sociale e salute individuati;
 - verifica l'attuazione del programma di trasformazione delle Ipab in ASP ed i risultati conseguiti rispetto a quelli attesi, nonché il suo eventuale adeguamento.
- 2) Il Programma Attuativo Annuale (PAA) costituisce la declinazione annuale del Piano di zona distrettuale per la salute ed il benessere sociale, ricomprende il Programma delle attività territoriali del Distretto, i programmi di azione dei Piani per la salute,

sostituendo il Programma attuativo del piano sociale di zona:

- specifica gli interventi di livello distrettuale in area sociale, socio-sanitaria, compreso il Piano annuale delle attività per la non autosufficienza - e sanitaria;
- individua le specifiche risorse che Comuni, AUSL/Distretto, Provincia impegnano per l'attuazione degli interventi;
- definisce, raccoglie ed approva progetti o programmi specifici d'integrazione con le politiche educative, della formazione e lavoro, della casa, dell'ambiente, della mobilità.

In sintesi l'integrazione degli strumenti di programmazione deve avvenire a livello regionale, provinciale e distrettuale. Ciò vale in particolare per i servizi ad elevata integrazione sociale e sanitaria e in tale ambito obbligatoriamente per quelli della non autosufficienza. L'atto di indirizzo e coordinamento, facente capo alle CTSS, deve garantire per la parte di sua competenza il raccordo tra la programmazione regionale e quella distrettuale.

La Giunta regionale, sentita la Commissione assembleare competente, definirà, anche in attuazione del comma 6 dell'art. 29 della L.R. 2/2003, con un proprio atto di indirizzo, d'intesa con gli Enti locali, le procedure per l'elaborazione ed approvazione della programmazione territoriale, anche al fine di assicurare la compiuta partecipazione delle forze sociali e del Terzo settore.

3.1.1 Il "nuovo" Ufficio di piano

Una azione strategica del Piano regionale è rappresentata dalla definizione e dall'incentivazione, anche in via sperimentale, di uno strumento tecnico di ambito distrettuale denominato nuovo Ufficio di piano. Tale strumento, anche in attuazione della L.R. 2/2003 che agli art. 10 e 57 stabilisce che i Comuni e le Aziende USL individuino modelli organizzativi e gestionali per l'integrazione socio-sanitaria, è costituito attraverso una convenzione tra i Comuni dell'ambito distrettuale e l'AUSL. Tale struttura tecnico-amministrativa integrata (nuovo Ufficio di piano), di supporto ai livelli istituzionali, ricomprende le funzioni già proprie dell'Ufficio di piano e svolge anche i seguenti nuovi compiti:

- a) attività istruttoria, di supporto all'elaborazione e valutazione della programmazione in area sociale, socio-sanitaria e sanitaria (Piano di zona distrettuale per la salute e per il benessere sociale, e Programmi attuativi annuali comprensivi del Piano delle attività per la non autosufficienza e del Programma delle attività territoriali);
- b) attività istruttoria e di monitoraggio per la definizione di regolamenti distrettuali sull'accesso e sulla compartecipazione degli utenti alla spesa;
- c) attività istruttoria e di monitoraggio per l'accreditamento;
- d) attività istruttoria e di monitoraggio per la costituzione delle ASP;
- e) azioni di impulso e di supporto alla verifica delle attività attuative della programmazione sociale, socio-sanitaria e sanitaria, con particolare riferimento:
 - all'utilizzo delle risorse, monitoraggio e verifica in itinere dei risultati del Piano annuale per la non autosufficienza e dell'equilibrio del Fondo distrettuale per la non autosufficienza;
 - all'impiego delle risorse per l'attuazione in forma associata dei programmi

finalizzati, e per la gestione di alcuni servizi comuni, nella prospettiva della costituzione del Fondo sociale locale;

- al controllo della realizzazione delle condizioni tecnico-amministrative necessarie per attuare i contenuti del Piano, al favorire il dispiegarsi di progetti sociosanitari integrati anche con le altre politiche (es. funzione di raccordo per inserimento lavorativo disabili e fasce deboli, figura di sistema nell'area minori,...);
- al raccordo e all'utilizzo delle rilevazioni sulla domanda e sull'offerta (anche con riferimento all'attività degli sportelli sociali);
- alla definizione e gestione di percorsi di formazione comuni tra i servizi della zona;
- al monitoraggio dell'andamento del benessere e della salute in riferimento alle diverse determinanti che incidono su di essi, secondo le priorità di intervento e i programmi d'azione del programma annuale, predisposti ed in fase di realizzazione.

3.1.2 I contenuti tecnici ed organizzativi della programmazione in ambito socio-sanitario

All'interno dell'ambito di programmazione sopra indicato e dei contenuti programmatori afferenti alle attività e ai servizi socio-sanitari e sociali, trovano debita collocazione le forme della integrazione sociosanitaria.

Tutti gli aspetti che connotano le condizioni di esercizio dell'integrazione gestionale e professionale devono trovare corrispondenza nei contenuti della programmazione locale. In particolare la integrazione gestionale, comprende:

- il dimensionamento quantitativo e la dislocazione territoriale dei servizi che costituiscono "nodi" di rete. Premessa questa, del resto, necessaria per consentire l'esplicitarsi del percorso di accreditamento;
- la predisposizione dei protocolli cui è demandato il compito di precisare concretamente le condizioni operative necessarie per assicurare la gestione unitaria dei servizi al cui interno convivono fattori produttivi (personale, beni, servizi..) di natura sia sanitaria che sociale;
- la individuazione degli elementi costitutivi (i "soggetti" attori, le modalità operative; le risorse impiegate; l'output) propri di ognuna delle fasi che si considerano come indispensabili per dare struttura formale al "processo di continuità della assistenza";
- le configurazioni operative da codificare allo scopo di assicurare certezza e trasparenza alle condizioni di accesso e alle modalità di funzionamento delle "unità di valutazione multiprofessionale";
- la identificazione di quegli aspetti – cui si connettono il livello di intensità assistenziale (case-mix) e alcune soluzioni gestionali che inducono maggiore efficienza - dai quali dipendono le dinamiche della qualificazione assistenziale e la capacità di usare in modo appropriato le risorse.

Per ciò che riguarda, poi, la integrazione professionale i contenuti programmatori sono, in particolare, rivolti a:

- precisare i contenuti dei protocolli cui è affidata la formalizzazione dei comportamenti delle figure professionali, sanitarie e sociali, dalle quali dipende la

realizzazione delle forme di coordinamento e di connessione interdisciplinare tramite cui si assicura il massimo di efficacia assistenziale;

- prefigurare il realizzarsi di iniziative di formazione volte a sviluppare la cultura e i metodi; i linguaggi e le abilità che possono promuovere la disponibilità degli operatori a divenire parti attive nella costruzione dei processi di integrazione professionale;
- sviluppare le tecnologie informatiche e di e-care, fattori tecnologici capaci di favorire comportamenti fungono da ulteriore volano delle dinamiche di integrazione operativa.

E' pertanto necessario che a livello di ambito distrettuale si programmino le forme, le modalità e le condizioni che favoriscono l'integrazione, ma occorre anche che si provveda a presidiarne i processi da parte degli Uffici di piano, garantendo l'esercizio delle funzioni di monitoraggio della attuazione, l'analisi delle varie fasi, le eventuali criticità che ne impediscono la piena e coerente realizzazione e le modalità attraverso cui le loro cause possono essere rimosse.

3.2 La partecipazione delle formazioni sociali e delle organizzazioni sindacali alla funzione di programmazione

La L.R. 2/2003, all'art. 20 riconosce il ruolo e la rilevanza sociale ed economica delle espressioni di autorganizzazione della società civile in ambito sociale, con particolare riferimento alle organizzazioni di volontariato, alle cooperative sociali, alle associazioni di promozione sociale.

Nella logica della costruzione di un sistema di interventi e di servizi che sappia intercettare i bisogni dei cittadini laddove si manifestano, ponendosi l'obiettivo di valorizzare, nella costruzione delle risposte assistenziali, le risorse della comunità locale, il principio della sussidiarietà verticale si deve innestare sul principio della partecipazione delle formazioni sociali all'esercizio della funzione sociale (sussidiarietà orizzontale): con il primo si stabilisce che spetta alle istituzioni più vicine ai cittadini, il compito di garantire le risposte ai bisogni, con il secondo si afferma che, nella costruzione di tali risposte, le istituzioni pubbliche devono valorizzare ed incentivare l'azione delle formazioni sociali che condividono, con le stesse istituzioni, gli obiettivi della programmazione. Si tratta di un riconoscimento della funzione pubblica in ambito sociale a soggetti privati la cui "missione" o finalità coincide con le finalità delle istituzioni pubbliche nel settore: un riconoscimento necessario non solo per realizzare una vera partecipazione, ma anche per far fronte a nuovi e rilevanti bisogni sociali che, senza una sinergia delle risposte assistenziali, rischiano di restare senza risposta.

Ferma restando la titolarità pubblica di questa funzione sociale, la partecipazione dei soggetti privati non-profit si sviluppa dal momento della programmazione a quelli successivi della progettazione, della realizzazione ed erogazione dei servizi e degli interventi sociali, della valutazione, ovviamente nel rispetto del pluralismo nel sistema dell'offerta dei servizi e delle regole dell'accreditamento. I soggetti privati a scopo di lucro partecipano alla realizzazione ed erogazione dei servizi (art. 21 della L.R. 2/2003).

La partecipazione dei soggetti del Terzo settore, promosse a livello regionale, a partire dal loro coinvolgimento alla predisposizione del Piano sociale e sanitario della Conferenza regionale del terzo settore, istituita con la L.R. 21 aprile 1999, n. 3 (Riforma del sistema regionale e locale), come strumento per il confronto e la concertazione tra la Giunta regionale e gli enti, gli organismi e le associazioni rappresentativi del terzo

settore, con riferimento al volontariato, alla cooperazione sociale e alle associazioni di promozione sociale, come richiamato dalla L.R. 2/2003, va sostenuta anche nelle articolazioni locali fin dalla fase di elaborazione degli Atti di indirizzo e dei Piani di Zona distrettuali per la salute e il benessere sociale. Le CTSS e i Comitati di Distretto disciplineranno, nell'ambito dei propri regolamenti, le modalità di confronto e partecipazione dei soggetti del terzo settore in un processo di programmazione pluralista, partecipata e negoziata.

La L.R. 2/2003 riconosce il ruolo di rappresentanza sociale delle Organizzazioni Sindacali nella costruzione del sistema integrato di interventi e servizi sociali e assume il confronto e la concertazione come metodo di relazione con esse.

In particolar modo le Organizzazioni sindacali, assumono un ruolo fondamentale di concertazione ai vari livelli istituzionali. Con il "Protocollo d'intesa tra la Regione Emilia-Romagna, le rappresentanze delle Autonomie locali e le Confederazioni sindacali CGIL, CISL, UIL sullo sviluppo dei servizi sociali e socio sanitari e sul sistema delle relazioni sindacali" siglato il 31 maggio 2006 si sono indicate le tappe per un percorso di concertazione con le Organizzazioni sindacali per lo sviluppo del sistema delle politiche sociali.

Il percorso di elaborazione dei diversi strumenti di programmazione a livello territoriale (Regione, Provincia/CTSS, Comitato di Distretto) trova nei tavoli di concertazione con le rappresentanze delle organizzazioni sindacali, momenti di confronto preliminari e costanti sia sugli obiettivi che si vogliono porre all'attenzione, sia sulle procedure di realizzazione. Il confronto si realizza lungo tutto l'arco della elaborazione degli strumenti di programmazione indicati e si completa nel confronto sulla valutazione degli esiti.

Nell'ambito della funzione di programmazione assumono forte rilevanza il processo e i relativi strumenti di valutazione, in particolare della qualità, nel quale vanno coinvolti, con opportune forme di partecipazione, anche i cittadini ed utenti dei servizi. Strumenti e modalità della partecipazione sono definiti con un successivo provvedimento, ai sensi dell'art. 33 della L.R. 2/2003, garantendo anche il raccordo con la disciplina di cui all'art. 16 della L.R. 19/1994 in materia di Comitati consultivi degli utenti.

3.3 Il bilancio di missione come strumento di rendicontazione sociale a supporto della governance

Introdotta dalla L.R. 29/2004, il bilancio di missione è lo strumento attraverso cui le Aziende sanitarie rendono conto del perseguimento degli obiettivi di salute loro assegnati dalla Regione e dalle Conferenze Territoriali Sociali e Sanitarie. Date le finalità perseguite e i principali destinatari cui si rivolge, il bilancio di missione, come il "bilancio sociale", adottato in molte realtà rispetto alla programmazione ed agli interventi di ambito sociale e socio-sanitario, si configura come un documento attraverso il quale si vogliono perseguire obiettivi di accountability e predisporre uno strumento di governance a supporto del governo partecipato.

Tale documento dovrà ora riguardare l'ambito delle attività sociali, sanitarie e socio-sanitarie, ed essere in grado di recepire dinamicamente le esigenze informative dei propri destinatari istituzionali ed in particolare delle CTSS, e dei diversi detentori di interesse rispetto al sistema.

Dovrà inoltre necessariamente raccordarsi con gli strumenti della pianificazione e programmazione sovraziendale.

CAPITOLO 4

IL FONDO REGIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

Nell'ambito degli obiettivi generali della nuova programmazione regionale integrata il "Fondo regionale per la non autosufficienza" (FRNA) rappresenta, contemporaneamente, una necessità ed una sfida.

Una necessità perché la Regione Emilia-Romagna è la regione italiana con la maggiore frequenza di popolazione anziana, dopo la Liguria. I livelli attuali e l'aumento atteso della popolazione anziana pongono pertanto con particolare urgenza il problema della programmazione della risposta assistenziale, in quanto l'universo della non autosufficienza trascende i confini della età anziana per ricomprendere gravi disabilità cronicizzate o progressivamente degenerative e tali, dunque, da richiedere trattamenti di lungo periodo particolarmente complessi, necessariamente integrati e assai onerosi; l'assistenza multiforme ad una popolazione sempre più anziana e sempre più bisognosa di peculiari modalità di presa in carico e di trattamenti sanitari e sociali integrati, richiede un finanziamento specificamente dedicato, sottratto, in parte, alle permanenti fluttuazioni e sottostime del Fondo sanitario nazionale, alle endemiche difficoltà di auto-finanziamento degli Enti locali nonché una spinta ai processi di integrazione sociale e sanitaria.

Una sfida, poiché l'alimentazione del Fondo, per la sua dimensione e funzione, necessariamente è demandata ad un maggiore e mirato prelievo fiscale nazionale e/o regionale ed è quindi indispensabile dimostrare come il FRNA sia capace di indurre concretamente processi che garantiscano, da un lato, maggiore equità nello sviluppo della rete dei servizi mediante una assegnazione più equilibrata delle risorse a livello locale, e, dall'altro, migliori condizioni di eguaglianza assistenziale promuovendo livelli omogenei di opportunità di accesso, di qualità nei trattamenti, di costi e di contribuzione a carico dei cittadini.

4.1 Il processo costitutivo e lo sviluppo futuro

Date queste premesse la costituzione e l'utilizzo del FRNA nella Regione Emilia-Romagna si connotano come andamenti di natura processuale, caratterizzati da un punto di arrivo tendenziale (l'innesto della esperienza regionale all'interno di un Fondo nazionale, per la cui costituzione si registra un primo impegno del Governo) e da una serie di fasi implementative che via, via qualificano sia i meccanismi di alimentazione del Fondo sia le sue modalità di impiego.

La esperienza emiliano-romagnola si è andata sostanziando, fino ad ora, di due fasi che segnano una evoluzione coerente dei principi e delle finalità sopra enunciate.

La prima fase ha concentrato il proprio interesse sulla necessità di enucleare una quota di Fondo sanitario regionale, considerando principalmente gli "oneri a rilievo sanitario" sostenuti per le strutture residenziali e semiresidenziali e per gli altri servizi dedicati alla popolazione anziana non autosufficiente e le risorse del Fondo sanitario già destinate agli assegni di cura sia per gli anziani, sia per i soggetti colpiti da gravissime disabilità acquisite. Obiettivo della programmazione è stato di orientare prioritariamente l'impiego delle risorse verso obiettivi di natura sia assistenziale, - assegnando priorità allo sviluppo della domiciliarità e della rete dei servizi residenziali e semiresidenziali per la popolazione anziana nelle realtà territoriali in cui non era ancora stato raggiunto l'offerta attesa) sia perequativa (ridurre o eliminare l'impatto della crescita degli oneri di retta sociale a carico del cittadino/utente).

La seconda fase, quella in corso nel 2007, ha riconfermato il consolidato storico del Fondo sanitario regionale arricchendolo di ulteriori 100 milioni di euro, provenienti dall'imposizione regionale di addizionali IRPEF ed IRAP.

Il finanziamento di parte del FRNA attraverso la fiscalità generale (regionale) rinforza, nell'area dei servizi e delle attività socio-sanitarie e sociali, un principio equitativo solidaristico, in chiave redistribuiva e universalistica. La gestione del Fondo è affidata al Comitato di Distretto che "definisce le priorità di utilizzo del Fondo tra i diversi servizi in relazione alla specificità del territorio" (art. 51 L.R. 27/2004) e garantisce il coerente, successivo raggiungimento di tali priorità. Il Comitato di Distretto provvede alla programmazione, destinazione e monitoraggio delle risorse del Fondo attraverso l'Ufficio di piano.

Tali premesse permettono l'allargamento dei destinatari e l'ampliamento dei servizi e rafforzano il "processo di riequilibrio territoriale nell'utilizzo delle risorse" che vede, in prima istanza, assegnare il FRNA, su base distrettuale, assumendo principalmente come riferimento la numerosità della popolazione anziana ultrasettantacinquenne, ma anche in relazione ad alcune caratteristiche quali la presenza, al loro interno, di tipologie di cittadini non autosufficienti che non appartengono all'area della popolazione anziana. Mentre l'articolazione dei servizi terrà conto, anche in modo innovativo, delle caratteristiche proprie, socio economiche, geografiche, demografiche ed epidemiologiche di ciascun territorio.

In particolare:

- a) il Fondo non è destinato a coprire oneri di natura prettamente sanitaria ma fa, quindi, riferimento alle "spese sociali ed agli oneri sociali a rilievo sanitario".

Il Fondo realizza il proprio impatto positivo in una duplice direzione in quanto da un lato, incide sullo sviluppo quantitativo e sul miglioramento qualitativo dei servizi che erogano prestazioni socio-sanitarie e socio assistenziali) e dall'altro, riduce il peso finanziario degli oneri che il singolo utente e/o la sua famiglia devono sostenere per ricevere le prestazioni di cui hanno bisogno.

- b) l'espansione quantitativa dei servizi e dei loro destinatari inseriti nelle reti che connotano l'offerta socio-sanitaria e socio assistenziale, è definita nell'ambito della programmazione locale (così come precisato nel successivo Capitolo 5) e costituisce premessa per il successivo accreditamento dei servizi stessi o per la revisione del corrispondente "contratto di servizio".

Il Fondo per la non autosufficienza contribuisce, inoltre, alla espansione di alcune nuove forme di servizio destinate alla popolazione non autosufficiente. Si pensi, ad esempio, all'ampia serie delle strutture residenziali (gruppi appartamenti, comunità alloggio; etc...) che rappresentano una diversa domiciliarità comune e i cui costi di produzione, afferenti alle "prestazioni sanitarie a rilevanza sociale" possono essere coperti da risorse attingibili dal FRNA.

Il Fondo può concorrere inoltre all'offerta di interventi che, pur non realizzando direttamente processi assistenziali, favoriscono, però, le dinamiche della integrazione socio sanitaria; riducono il disagio dei non autosufficienti (e delle loro famiglie) nell'accedere ai servizi e supportano le reti di solidarietà sociale per contrastare forme di solitudine e isolamento.

- c) il miglioramento qualitativo dei servizi e delle prestazioni il FRNA comprende:

— l'attivazione di nuove condizioni di offerta assistenziale più centrate sul supporto alle famiglie, per ridurre il loro carico di fatica e di disagio nell'accudimento a

domicilio della persona non autosufficiente, che sull'intervento diretto nei confronti dell'utente. Vi rientrano a buon titolo le dimissioni protette quanto i ricoveri temporanei e di sollievo;

- la qualificazione di alcuni standard assistenziali socio sanitari e di talune condizioni di confort e sicurezza richieste ai servizi per poter concedere loro l'accreditamento;
- la sperimentazione di modalità di sostegno, di aiuto e di intervento in caso di emergenza – per un'ampia fascia di popolazione non autosufficiente che non abbisogna solo, o non ancora, di assistenze strutturate, fra cui annoverare:
 - promozione delle reti informali di solidarietà sociale (dal “portierato” al “custode” sociale, ad esempio) qualificabili come servizi di prossimità;
 - sostegno all'associazionismo volontario disponibile a favorire assetti aggregativi di auto-mutuo aiuto;
 - consolidamento di alcuni servizi di e-care (in particolare, telesoccorso e teleassistenza), anche gestiti con il concorso dell'associazionismo volontario, volti a rendere più ampia e immediatamente fruibile la rete degli aiuti tutelari e dei sostegni al care-giver;
 - allestimento di ausili tecnologici e di soluzioni strutturali che rendano le abitazioni, in cui vivono persone non autosufficienti, idonee a garantirne la migliore qualità di vita possibile;
 - realizzazione di interventi per sviluppare una rete di “punti di ascolto” e di consulenza per le assistenti familiari e a favorire la crescita di forme di tutoring per piccoli gruppi di tali operatori;

d) il FRNA riduce gli oneri a carico degli utenti e delle famiglie mediante due meccanismi:

- concorrendo a ridurre il peso economico determinato dalle così dette “rette sociali” e/o dalle altre forme di contribuzione collegate a servizi non residenziali o semiresidenziali;
- aumentando la disponibilità di risorse finanziarie utilizzabili dall'utente o, in misura assai maggiore, dalla sua famiglia, attraverso la concessione di “assegni di cura”.

La misura quantitativa della applicazione dei due meccanismi sopra indicati deriva sia da indicazioni di ordine generale formulate dalla Regione (il “quantum” complessivo massimo destinabile per gli assegni di cura, ad esempio) sia dalla specificazione – articolata servizio per servizio – dell'importo dell'abbattimento degli oneri di contribuzione a carico dell'utente, sia dalla distribuzione distrettuale del numero degli “assegni di cura”; decisioni, queste, che attengono alle scelte della programmazione locale.

In conclusione, il FRNA agisce nei confronti sia di servizi socio sanitari e socio assistenziali fortemente strutturati (e appartenenti alle Reti storiche della “offerta” assistenziale a favore della non autosufficienza) sia di servizi e attività ancora poco formalizzate, in fase sperimentale, innovativi, frutto – assai spesso – della creatività del Terzo settore e delle stesse famiglie.

Inoltre, il Fondo realizza lo sviluppo di una tale, duplice serie di fattispecie di “offerta”, tanto sostenendo l'ampliamento delle reti attraverso la copertura diretta degli oneri di produzione (in tutto o in parte e, soprattutto, a favore dei servizi più marcatamente

formalizzati) quanto promuovendo - in modo particolare mediante la stimolazione finanziaria della capacità di scelta del cittadino/utente – risposte assistenziali in fase ancora germinale.

Sono queste ultime, peraltro, che meritano la massima tutela poiché rappresentano la frontiera avanzata delle nuove prospettive di aiuto tutelare e di assistenza “leggera” a favore dell’universo, così vario e in espansione, della non autosufficienza.

Se l’impiego del Fondo si concentrasse, infatti, solo sui servizi tradizionalmente codificati all’interno delle reti lasciando tutta l’area della innovazione e della sperimentazione alla totale, diretta responsabilità economica dei singoli utenti e delle loro famiglie, se ne sancirebbe, verosimilmente, il rischio di una graduale marginalizzazione.

CAPITOLO 5

QUALITA' DEI SERVIZI E RAPPORTO TRA PRIVATI E ISTITUZIONI PUBBLICHE: IL PROCESSO DI ACCREDITAMENTO IN AMBITO SOCIO-SANITARIO E SOCIALE

5.1 Rapporto fra istituzioni pubbliche e soggetti privati

Il sistema regionale di erogazione delle prestazioni e dei servizi è caratterizzato attualmente da una ampia presenza di soggetti sia pubblici che privati, diversa per composizione secondo i vari settori d'intervento e le diverse aree geografiche:

- servizi residenziali per gli anziani: prevale la presenza di soggetti pubblici (Comuni, IPAB, Aziende USL), privati con scopo di lucro e, in minima parte, privati senza scopo di lucro (soggetti del terzo settore);
- servizi domiciliari per anziani e attività per la domiciliarità in genere: prevale la presenza di soggetti pubblici (in particolare Comuni) e soggetti del Terzo settore. In questi ultimi anni, con il rapido sviluppo della domanda privata di assistenza a domicilio (prevalentemente per assistere anziani) è aumentata la presenza di assistenti famigliari private, provenienti per lo più da paesi extracomunitari;
- servizi residenziali e semiresidenziali per disabili: prevale la presenza dei soggetti del terzo settore cui sono affidati i servizi da parte dei soggetti pubblici;
- servizi per bambini e adolescenti: prevale la presenza di soggetti pubblici (Comuni, AUSL, IPAB) e soggetti del Terzo settore;
- servizi di sostegno alla famiglia in genere e servizi socio-educativi per la prima infanzia: prevale la presenza di soggetti pubblici (in particolare Comuni);
- servizi di accoglienza, prevenzione, promozione, mediazione, accompagnamento e reinserimento sociale per i giovani ed adulti in genere, soprattutto rivolti a fasce a rischio di esclusione: prevale la presenza di soggetti pubblici e soggetti privati del terzo settore.

Tale varietà di soggetti che si è venuta a costituire nel corso degli ultimi anni, rappresenta una ricchezza per il nostro sistema.

Il tema nuovo, che deve caratterizzare i rapporti tra Istituzioni pubbliche e soggetti privati del terzo settore è quello della diffusione della responsabilità sociale, intesa come partecipazione delle formazioni sociali, a fianco delle stesse istituzioni, all'esercizio della funzione sociale nei diversi momenti della programmazione, progettazione ed erogazione dei servizi del sistema locale, in un quadro chiaro e condiviso di regole, definite e controllate dall'ente pubblico.

Questi soggetti e quelli del privato a scopo di lucro che erogano servizi socio-assistenziali e socio-educativi possono, attraverso l'accREDITAMENTO, partecipare, assieme ai soggetti pubblici, alla erogazione di servizi, per conto della Pubblica amministrazione, condividendone i principi, quali la trasparenza, lo sviluppo della qualità, la ricerca dell'efficienza e dell'economicità.

5.2 Il nuovo quadro normativo di riferimento in ambito socio-sanitario e sociale

Il nuovo assetto normativo per la gestione dei servizi alla persona prevede che, per l'erogazione di determinati servizi (caratterizzati da prevalente finanziamento pubblico, scopi solidaristici, bisogni di cura e adeguatezza, flessibilità e personalizzazione), le Amministrazioni competenti, ovvero i Comuni e le Aziende USL, si avvalgano di strutture e servizi, pubblici e privati, preventivamente autorizzati ed accreditati, in relazione ai

quali andranno stipulati, con i soggetti che gestiscono tali servizi o strutture, appositi contratti di servizio.

Con il percorso “autorizzazione”, “accreditamento” e “contratti di servizio”, la L.R. 2/2003 prevede un diverso e crescente ordine di presupposti istituzionali, al fine di incardinare o meno la struttura od il servizio nel circuito di erogazione dei servizi pubblici alla persona. Si tratta di momenti logicamente e giuridicamente del tutto diversi, ancorché propedeutici l'uno all'altro, secondo i quali:

- a) L'esercizio di attività sociali e socio-sanitarie è subordinato innanzitutto e comunque al rilascio dell'autorizzazione, della quale devono essere in possesso tutti gli erogatori, indipendentemente dal fatto che pongano in essere compiti a carico del finanziamento pubblico; l'autorizzazione riguarda prevalentemente requisiti di tipo strutturale.
- b) La possibilità di erogare prestazioni, in nome e per conto del Comune o dell'Azienda sanitaria competente, è subordinata all'ottenimento per la struttura od il servizio interessati del provvedimento di accreditamento, che richiede il rispetto, oltre ai requisiti di ordine strutturale, anche di quelli di tipo processuale.
- c) La regolamentazione degli interventi e l'erogazione delle prestazioni con oneri a carico del Comune e/o dell'Azienda sanitaria sono infine assoggettati alla stipulazione di un contratto di servizio, stipulato tra l'ente competente ed il soggetto che gestisce il servizio o la struttura accreditata.

L'erogazione dei servizi è quindi subordinata alla concessione dell'accreditamento, che viene rilasciato dai Comuni referenti per l'ambito distrettuale, in coerenza con il fabbisogno di servizi e con le indicazioni della programmazione regionale e locale (in particolare, di quanto determinato nei Piani di zona) e nel rispetto dei criteri e dei requisiti individuati con un successivo provvedimento regionale.

I servizi assoggettati al regime dell'accreditamento e, dunque, al nuovo sistema di concessione ed erogazione, sono stati individuati dalla Giunta regionale con deliberazione 772/2007, con il coinvolgimento del Terzo settore, delle Organizzazioni Sindacali e degli Enti locali.

Lo stesso provvedimento indica il percorso per la definizione, per ciascuna tipologia di servizio, di:

- ambiti di applicazione, individuando la tipologia di utenza cui si rivolge appropriatamente ogni fattispecie di servizio;
- criteri, precisando che cosa deve essere accreditato, le procedure, gli elementi di raccordo con la programmazione e le modalità di valutazione dei diversi interessi rilevanti;
- requisiti, ossia i parametri di qualità di cui deve essere in possesso il servizio o la struttura per essere accreditato.
- requisiti ed i canoni di valutazione ulteriore dei soggetti produttori, in termini di trasparenza, socialità, radicamento territoriale, capacità organizzativa, efficienza imprenditoriale, promozione della qualità del lavoro; applicazione della contrattazione di 1° e 2° livello; rispetto dei profili professionali previsti nei requisiti dell'accreditamento; etc.

Il processo dell'accreditamento si iscrive nelle politiche del nuovo welfare locale, tese a portare a compimento il processo di costruzione del sistema locale integrato dei servizi a rete, rappresentato dalla doppia integrazione tra soggetti pubblici e soggetti privati (nel

rispetto delle funzioni di programmazione, committenza, gestione e produzione ascrivibili ai diversi attori del sistema) e tra competenza sanitaria e competenza sociale (laddove esiste l'indivisibilità dell'impatto congiunto degli interventi sanitari e sociali sui risultati dell'assistenza).

L'accreditamento interpreta una nuova modalità di rapporto fra soggetti pubblici e privati: i primi titolari della funzione di programmazione, a cui partecipa anche il terzo settore come previsto dall'art. 20 della L.R. 2/2003, e di committenza, i secondi chiamati a rispondere all'esigenza dei soggetti pubblici di poter disporre di produttori di servizi dotati di una specifica competenza tecnico-professionale, organizzativa ed imprenditoriale qualificata sulla base di criteri e requisiti, che vengono "certificati" proprio attraverso l'accreditamento. In tal modo, anche i soggetti privati entrano a pieno titolo all'interno delle dinamiche della costruzione del welfare locale.

Tra i soggetti committenti ed il soggetto erogatore accreditato si instaura un nesso di servizio pubblico, che abilita un servizio o una struttura ad erogare attività in nome e per conto del titolare del servizio pubblico. L'accreditamento è rilasciato secondo procedure ispirate all'imparzialità e che il soggetto istituzionale preposto all'esercizio di tale funzione (Comune capofila) adotta legando la decisione assunta alla rispondenza del servizio e/o della struttura alle logiche ed alle indicazioni della programmazione ed ai criteri ed i requisiti di qualità.

L'accreditamento consente un incardinamento del servizio e delle strutture nei servizi pubblici di erogazione, affidandogli il compito di intrattenere un rapporto diretto con l'utente nel rispetto di alcune condizioni dettate dalla regolamentazione pubblica, ed in particolare a seguito di un vaglio effettuato in riferimento a parametri predeterminati, ma anche subordinatamente all'instaurazione di un successivo contratto di servizio volto a disciplinare compiutamente il rapporto tra il titolare del servizio medesimo ed il soggetto accreditato per la sua erogazione.

Pertanto:

- Il sistema di accreditamento deve essere coerente con la programmazione regionale e zonale, che definisce il rapporto fra domanda ed "offerta" garantendo, nel rispetto del principio di appropriatezza, la definizione del fabbisogno di servizi, prestazioni, dotazioni stimate come necessarie.

La programmazione zonale articola l'offerta rispetto al fabbisogno stimato tenendo conto delle peculiarità tipiche del territorio di riferimento.

Esiste, quindi, una stretta correlazione tra programmazione del fabbisogno sociale e socio-sanitario ed il rilascio dell'accreditamento, che è volto ad individuare – in un'unica e coerente filiera – le quantità e le forme di offerta (strutture, attività, prestazioni) ritenute necessarie per soddisfare gli obiettivi della programmazione medesima. Tuttavia il processo di accreditamento potrà essere caratterizzato da elementi di flessibilità rispetto ai fabbisogni individuati dalla programmazione medesima, in relazione alle diverse tipologie di servizio, alle peculiarità territoriali ed all'esigenza di garantire una più ampia libertà di scelta dei cittadini.

In ogni caso, il processo di accreditamento dovrà tenere conto dell'offerta dei servizi già esistente e, in particolare, della struttura e dei servizi erogati da Enti pubblici presenti nel territorio ai quali andrà riconosciuto prioritariamente il ruolo esercitato.

L'accreditamento funge dunque, ai fini dell'implementazione della qualità del sistema, anche da selettore degli erogatori e rappresenta uno strumento regolatore dell'offerta dei

servizi erogati a parziale o totale carico delle risorse pubbliche, correlata al fabbisogno assistenziale ed alla domanda di interventi sociali e sanitari. Va riconosciuta peraltro la possibilità dei soggetti competenti di provvedere all'accreditamento di servizi e strutture in eccesso rispetto agli indici del fabbisogno espresso in sede di programmazione, con la finalità di permettere al cittadino di operare una propria scelta diretta dei servizi e di rendere maggiormente flessibile l'uso di tali servizi e strutture, secondo criteri pattuiti nell'ambito dei contratti di servizio.

L'accreditamento costituisce un accertamento della conformità dei servizi e delle strutture alle norme sulla qualità. Una piena uguaglianza funzionale tra i servizi pubblici e privati deve essere infatti garantita rispetto al possesso dei requisiti di qualità, con la conseguente sottoposizione, in termini del tutto identici, sia dei primi che dei secondi alla valutazione dei parametri di accreditamento.

Tra le condizioni per l'accreditamento vi è il superamento di situazioni, talvolta ora presenti, in cui si verifica una frammentazione gestionale dei servizi.

L'accreditamento, infatti, deve essere riferito ad un "modello organizzativo" complessivamente e unitariamente prodotto da un unico "soggetto" (pubblico o privato che esso sia). Spetterà al soggetto che gestisce l'organizzazione e direzione del personale di un servizio, in tutto - o in parte assai prevalente, presentare richiesta di accreditamento, superando rapidamente le situazioni in cui vi è una forma ibrida di gestione del personale che svolge le funzioni assistenziali.

In questo senso, la qualità deve essere intesa come effettivo miglioramento del processo assistenziale e richiede la costruzione di una serie di indicatori valevoli per il rilascio e la verifica dell'accreditamento tendenti a valutare i diversi aspetti dell'intervento assistenziale, quali ad esempio la personalizzazione e la continuità degli interventi, la formazione del personale, il coinvolgimento degli utenti e delle loro famiglie nel processo assistenziale, nonché la capacità del soggetto erogatore di assicurare caratteristiche sociali, economiche, imprenditoriali e un'organizzazione di servizio fondata su un efficace sistema di autovalutazione e di rendicontazione dei risultati.

Il modello di accreditamento comprende oltre ai requisiti di qualità, gli obblighi che assume il soggetto accreditato relativamente a:

- l'accettazione di modalità e percorsi di verifica in ordine al possesso dei requisiti, secondo quanto stabilito nella regolamentazione regionale e locale, nonché di valutazioni periodiche sui servizi erogati e sul loro modello gestionale.
- l'accettazione di tariffe predeterminate
- l'assunzione di un debito informativo verso le Amministrazioni competenti;
- l'accettazione dei principi e dei criteri che informano il sistema locale dei servizi a rete, così come precisato dalla L.R. 2/2003;

L'accreditamento rappresenta infatti un percorso a carattere dinamico, che deve prevedere valutazioni periodiche sia in ordine alla qualità degli interventi erogati, sia relativamente alla loro effettiva necessità in relazione al mutare dei fabbisogni e della domanda di interventi sociali e socio-sanitari.

In attuazione di quanto previsto dall'art. 65 della L.R. 2/2003, la decorrenza dell'abrogazione degli articoli 21, 22, 23, 24 della L.R. 3 febbraio 1994, n. 5 (Tutela e valorizzazione delle persone anziane - Interventi a favore di anziani non autosufficienti) è fissata alla data di approvazione degli atti che definiscono i requisiti e gli standard di accreditamento delle strutture e dei servizi socio-sanitari per anziani indicati nella DGR

772/2007. Sino a tale data i citati articoli della L.R. 5/1994 restano in vigore. Il comma 6 dell'art. 24 resta in vigore sino alla ridefinizione della funzione di lungodegenza post-acuzie e riabilitazione estensiva e delle esperienze di continuità assistenziale, con la conseguente rimodulazione di percorsi omogenei a livello regionale, da attuarsi con apposito atto di Giunta.

5.3 Titoli per la fruizione dei servizi: ipotesi di sperimentazione

La L.R. 2/2003 prevede l'introduzione, in via sperimentale, dei titoli per la fruizione di particolari servizi come modalità alternativa di accesso ad alcuni di essi.

Gli utenti, ai quali è stata riconosciuta la necessità di una prestazione o di un servizio assistenziale, possono accedere al servizio direttamente dai fornitori accreditati scegliendo esclusivamente tra questi da chi ricevere la prestazione prevista dal programma assistenziale individualizzato, che viene predisposto da chi effettua la presa in carico con la collaborazione dell'utente o dei familiari.

L'utilizzo dei titoli rappresenta una pratica ancora poco diffusa in Italia e in Emilia-Romagna; esistono esperienze relative ai servizi di assistenza domiciliare agli anziani.

Una modalità assistenziale soltanto in parte simile alla concessione di titoli è la concessione di un assegno di cura ai familiari che provvedono direttamente all'assistenza al domicilio di propri parenti, per lo più anziani non autosufficienti o persone disabili.

Con l'assegno di cura si dà una provvidenza economica a favore di un utente nel caso in cui l'assistenza possa essere prestata da un familiare, da un vicino di casa, da un volontario, oppure da personale direttamente assunto dalla famiglia o dall'utente.

Con la concessione di titoli si dà la possibilità all'utente di fruire direttamente di specifiche prestazioni erogate da servizi professionali dai diversi soggetti erogatori (pubblici, privati profit o privati non profit) accreditati secondo criteri stabiliti dalla Regione e secondo tariffe concordate.

Le condizioni perché il sistema dei titoli possa essere adottato sono:

- la possibilità per l'utente di ottenere tutte le informazioni necessarie per operare una scelta;
- l'esistenza di un numero congruo di fornitori accreditati all'interno dei quali si possa ragionevolmente operare una scelta;
- la capacità dei fornitori di offrire risposte flessibili in relazione agli specifici bisogni dei cittadini.

L'utente dei servizi sociali è normalmente un utente "debole", con una scarsa capacità a strutturare una domanda articolata di intervento assistenziale sia in relazione alla scarsità di informazioni disponibili, sia alla sua condizione soggettiva spesso caratterizzata da difficoltà a comprendere le possibili soluzioni del proprio problema. Ciò impone la necessità per il sistema pubblico di garantire comunque al cittadino una presa in carico da parte di un servizio professionale e l'affiancamento di personale qualificato (responsabile del caso) che possa fornire tutte le informazioni ed il supporto necessari nelle varie fasi del percorso assistenziale ed essere riferimento stabile per l'utente.

Per le ragioni complessive prima esposte si ritiene che la concessione di titoli possa essere sperimentata, relativamente ai servizi ed alle strutture accreditate in questo triennio di vigenza del Piano regionale, sulla base di quanto sarà disposto dagli appositi ulteriori atti attuativi in fase di elaborazione.

CAPITOLO 6

LA PARTECIPAZIONE ORGANIZZATIVA QUALE RISORSA STRATEGICA PER L'INTEGRAZIONE

Il coinvolgimento degli operatori dei servizi sociali e sanitari nel processo di integrazione organizzativa territoriale costituisce una risorsa indispensabile per cogliere appieno gli obiettivi di integrazione delineati nel presente piano.

La consapevolezza dei vincoli di contesto sociale, economico e istituzionale, la condivisione degli obiettivi strategici di benessere e l'orientamento al lavoro di gruppo e alla definizione di processi operativi flessibili volti agli obiettivi di risultato, rappresentano gli elementi essenziali su cui sviluppare il sistema partecipativo a ogni livello.

In questo senso l'espressione della soggettività dei lavoratori e il loro contributo al miglioramento continuo e all'innovazione organizzativa, in un'ottica di processo che si adatta progressivamente all'evoluzione dei bisogni complessi, costituiscono fattori di successo da coordinare e valorizzare nella loro espressione.

La L.R. 2/2003 definisce l'apporto professionale degli operatori quale fattore determinante per la qualità dei servizi alla persona.

La formazione degli operatori costituisce strumento per la promozione della qualità ed efficacia degli interventi e dei servizi del sistema integrato, per l'integrazione professionale, nonché per lo sviluppo dell'innovazione organizzativa e gestionale. A tal fine la Regione promuove la formazione degli operatori sociali e degli operatori dell'area socio-sanitaria, curando il raccordo dei percorsi formativi e tenendo conto delle esigenze di integrazione delle diverse professionalità.

Con successivi provvedimenti, sentito il parere della competente Commissione assembleare, in attuazione del comma 5, art. 27 della L.R. 2/2003, verranno definite indicazioni per promuovere e sostenere programmi e azioni formative specifiche, al fine di assicurare competenze professionali adeguate agli indirizzi del presente Piano.

La L.R. 29/2004 dà ampio rilievo al tema della valorizzazione delle risorse umane e professionali attraverso il coinvolgimento delle rappresentanze collettive nel sistema delle relazioni sindacali; lo sviluppo delle relazioni interne, con forme strutturate di partecipazione organizzativa; l'attribuzione del potere di elaborazione e di proposta rivolte alla direzione generale rispetto alle scelte di governo aziendale.

Accanto alle forme già ampiamente praticate di confronto e di concertazione con le rappresentanze sindacali collettive, si promuove quindi un terreno di coinvolgimento strutturato delle diverse funzioni professionali ai processi di sviluppo e miglioramento dell'organizzazione del lavoro e della qualità dei servizi.

L'attuazione di questi principi acquisirà dunque particolare importanza nelle articolazioni territoriali dei servizi e nell'area dell'integrazione socio-sanitaria.

La programmazione territoriale - con i dispositivi organizzativi conseguenti - e, per quanto di propria competenza, gli atti aziendali delle Aziende sanitarie hanno il compito di favorire lo sviluppo di questi processi, assumendo come obiettivi unificanti della partecipazione organizzativa i temi dell'integrazione professionale ed organizzativa che costituiscono gli obiettivi strategici della programmazione regionale e territoriale, cui devono pertanto essere finalizzati anche i sistemi di partecipazione.

In particolare, occorrerà stabilire:

— le forme con cui vengono articolati, comunicati e posti a verifica la definizione degli

obiettivi e la valutazione del loro raggiungimento, favorendo la trasparenza dei risultati attesi e di quelli conseguiti e dei vincoli imposti dal contesto e fissando i criteri generali della comunicazione interna, intesa anche come ascolto;

- le forme con cui si realizza l'integrazione professionale nelle singole strutture e nelle relazioni fra diverse unità operative, privilegiando il lavoro di gruppo quale modalità organizzativa regolata e la formazione integrata di équipe.
- le modalità di organizzazione del lavoro e della formazione per piccoli gruppi multiprofessionali;
- i sistemi di verifica, per risultati e per prestazioni, della qualità dei processi:
- le forme organizzative che sostengano la comunicazione interna e l'innovazione (gruppi di miglioramento, équipe per l'integrazione, punti formalizzati di comunicazione e di ascolto, ecc.).
- i percorsi di formazione volti a favorire le modalità operative orientate al risultato e al lavoro di gruppo.

Con un successivo atto la Regione provvederà a fissare gli indirizzi e le risorse per una prima sperimentazione a livello di Distretto/Zona sociale di modelli organizzativi volti a promuovere le forme di partecipazione sopra esposte.

Con analogo atto verranno indicati i percorsi formativi da porre a sostegno degli obiettivi di integrazione professionale a partire dall'area dell'integrazione socio/sanitaria.

Infine, è necessario sottolineare come la partecipazione organizzativa possa affermarsi in modo molto più rilevante e significativo in contesti in cui le figure professionali trovino una collocazione stabile e una garanzia di continuità lavorativa. La realizzazione di tali condizioni diviene pertanto un impegno da assumere per la qualificazione del sistema.

Il tema della stabilizzazione del lavoro, peraltro, non deve essere confuso con la necessità di una evoluzione costante delle connotazioni, degli apporti e degli assetti organizzativi relativi alle varie professionalità; tali elementi di flessibilità sono al contrario indispensabili per assicurare una costante qualificazione dei servizi rivolti ai cittadini.

La Regione è impegnata a definire, nell'ambito degli atti che daranno attuazione al presente Piano, le figure professionali che concorrono a definire l'accoglienza ed accompagnamento, le quali assumono la responsabilità relativamente alla definizione e attuazione dei Piani assistenziali individualizzati.

CAPITOLO 7

IL RUOLO DELLE NUOVE AZIENDE PUBBLICHE DI SERVIZI ALLA PERSONA (ASP)

Un soggetto innovativo di grande rilevanza nell'ambito dei soggetti pubblici produttori ed erogatori di servizi è l'Azienda pubblica di servizi alla persona (ASP) originata, a norma della L.R. 2/2003, dalla trasformazione delle IPAB.

La legge regionale disciplina infatti la trasformazione delle IPAB in Aziende pubbliche di servizi alla persona e, in via residuale, in soggetti privati, collocando le future ASP nel ruolo di soggetti pubblici produttori ed erogatori di servizi.

Tale scelta, operata con convinzione dalla Regione Emilia-Romagna, mira a fornire un assetto più strutturato e funzionale alla componente pubblica del sistema di produzione dei servizi in ambito sociale e socio-sanitario.

L'ambito territoriale di riferimento ottimale delle ASP sarà rappresentato dall'ambito distrettuale ed, in ogni caso l'ASP dovrà riferirsi ad un ambito territoriale definito ed omogeneo. L'ASP si caratterizza infatti come azienda dei Comuni associati in un ambito territoriale definito, distrettuale o subdistrettuale, nell'ambito di un sistema regolamentato e coordinato a livello regionale. L'ASP dovrà normalmente caratterizzarsi come azienda multiservizi per garantire economicità e qualità degli interventi.

Le Aziende derivanti dal processo di trasformazione delle attuali istituzioni, dovranno rapportarsi alle esigenze della programmazione locale, così come definita dai Piani di Zona distrettuali per la salute e il benessere sociale, attuando un processo di aziendalizzazione, in una logica di sviluppo delle proprie capacità gestionali e organizzative, per essere in grado di produrre ed erogare i servizi socio assistenziali e socio sanitari, garantendo efficienza, economicità, qualità delle prestazioni.

La Regione governa complessivamente il processo di aziendalizzazione previsto, costituisce le nuove Aziende, approvandone lo Statuto, promuove la predisposizione di strumenti per la valorizzazione dei patrimoni immobiliari.

I Comuni, esercitando funzioni strategiche in ordine alla programmazione e realizzazione del sistema locale dei servizi e degli interventi nell'ambito distrettuale e in ambito provinciale governano, attraverso la Conferenza territoriale sociale e sanitaria istituita a norma dell'art. 11 della L.R. 2/2003, il processo locale di aziendalizzazione delle IPAB.

La Provincia, all'interno della CTSS, svolgerà un'azione di monitoraggio del processo di aziendalizzazione a livello provinciale.

Le IPAB si stanno trasformando in ASP sulla base della normativa regionale e hanno presentato piani di trasformazione o di riorganizzazione o risanamento che, anche attraverso fusioni tra IPAB, sono mirati alla riorganizzazione delle attività assistenziali ed amministrative in un'ottica di maggiore efficienza, economicità e miglioramento della qualità delle prestazioni, in stretto rapporto con le esigenze della programmazione zonale sia socio assistenziale che socio sanitaria.

Dall'1/01/2007 sono operative le prime ASP costituite in regione.

Rappresentano azioni del Piano regionale le attività di accompagnamento del percorso avviato, le attività di coordinamento esercitate nell'ambito del Comitato regionale, le attività di formazione del personale delle ASP ed in particolare del personale dirigente.

PARTE SECONDA

L'AREA DELLE POLITICHE SOCIALI

CAPITOLO 1

GLI OBIETTIVI DI BENESSERE SOCIALE

1.1 Macrotendenze demografiche e sociali

Nel corso degli ultimi vent'anni l'equilibrio tra economia e società realizzato in Emilia-Romagna negli anni '70 – caratterizzato da un'organizzazione produttiva imperniata sulla piccola impresa, un alto grado di integrazione e di controllo sociale, un'elevata partecipazione alla vita politica - è profondamente cambiato, a fronte di forti elementi di innovazione e di criticità nella struttura e nella vita sociale, che impongono la ricerca di nuove forme di equilibrio e di coerenza.

Ambito di rilevanti mutamenti è senz'altro la popolazione, nella sua composizione e evoluzione: oggi gli emiliano-romagnoli sono in aumento dopo un lungo periodo di continua contrazione, aumentano i bambini, gli immigrati e soprattutto sempre più gli anziani. L'invecchiamento della società regionale è un elemento di valutazione importante, anche in relazione al fatto che le tendenze mostrano una crescita soprattutto della fascia dei 'grandi vecchi' (80 e più anni) e di una forte femminilizzazione della popolazione anziana (più di due terzi dell'universo anziano sono donne).

L'altro dato caratteristico della popolazione regionale è l'aumento della presenza di immigrati, sia stranieri, sia provenienti dalle regioni meridionali italiane (l'Emilia-Romagna risulta essere la regione più attrattiva per l'emigrazione interna).

Il complesso dei mutamenti demografici sopra richiamati si intreccia con altri processi di trasformazione degli assetti sociali, in particolare del mercato del lavoro e della famiglia. L'Emilia-Romagna è una delle regioni a più alto tasso di occupazione, con il tasso di attività femminile più elevato in Italia. A questo processo non ha ancora corrisposto una trasformazione coerente di comportamenti e atteggiamenti degli uomini nei confronti del lavoro di cura, legato sia alla gestione della casa, sia alla cura dei figli. Il potenziale conflitto tra lavoro fuori casa e lavoro in/per la casa è quindi ancora a carico prevalentemente delle donne e interferisce con molta probabilità con diverse scelte cruciali della loro vita. Tale dato assume ancora più rilevanza in rapporto ai forti cambiamenti della istituzione famiglia, che evidenziano una minore potenzialità di cura a fronte di un aumento dei bisogni: le famiglie emiliano-romagnole sono in aumento come numero, ma sono molto più piccole che in passato, assumono forme nuove e diverse, hanno meno figli e meno generazioni compresenti nello stesso nucleo, non possono quindi contare su una rete parentale allargata, sono complessivamente più a rischio di povertà.

Anche in Emilia-Romagna negli ultimi anni molte famiglie hanno scelto di accudire l'anziano non più pienamente autosufficiente, o la persona disabile o minore, all'interno delle mura domestiche, spesso ricorrendo alla crescente disponibilità delle cosiddette "assistenti familiari" reperite tra lavoratrici straniere che si trovavano e in parte ancora si trovano in condizione di "irregolarità".

Un altro aspetto tipico del mercato del lavoro in Emilia-Romagna, oltre all'alto tasso di occupazione femminile, è l'aumento delle forme di lavoro meno stabili. Questa precarizzazione del lavoro produce un aumento dell'insicurezza in genere e della

percezione di rischio per la fascia di giovani e adulti "normali", con il diffondersi di situazioni di vero e proprio disagio.

I nuovi e complessi bisogni sociali degli anziani, dei giovani, ma anche degli adulti, donne e uomini in forme spesso diverse, rischiano di rimanere confinati, ai limiti del disagio, all'interno delle famiglie, da sempre risorse per il sostegno e l'integrazione sociale, ma oggi sottoposte a una nuova e fortissima tensione. E' importante che sia garantita la coerenza delle diverse programmazioni di settore con il principio dell'integrazione della dimensione di genere in tutte le pertinenti politiche ed in tutte le fasi dell'elaborazione, della realizzazione e della valutazione delle stesse".

Rispetto al passato l'Emilia-Romagna è una regione indubbiamente più ricca, ma forse meno coesa socialmente. Il benessere è diffuso, ma le disuguaglianze sociali sono potenzialmente in aumento e i rischi di vulnerabilità e di esclusione sociale per fasce di popolazione sono latenti.

Una società così variegata sta producendo una realtà di bisogni che non sono solo quelli primari della salute, della casa e del lavoro, ma anche una domanda sociale di nuovi servizi e di nuove opportunità: cura, salute, ma anche mobilità, socialità, informazione, cultura e comunicazione, domande che investono i soggetti pubblici in misura decisamente crescente rispetto al passato.

Inoltre, la Regione Emilia-Romagna ha da tempo stabilito un tavolo di monitoraggio del Protocollo d'intesa tra gli Enti Locali ed il Coordinamento delle Case delle donne e dei Centri antiviolenza dell'Emilia-Romagna, per gli interventi sociali di sostegno alle vittime di violenza, al fine di includere nelle politiche sociali il grave problema della violenza di genere che colpisce la popolazione femminile nella misura del 38,2% (Istat, 2006).

Le politiche sociali regionali degli anni '90 sono state incentrate su alcuni obiettivi strategici nelle diverse aree d'intervento, da quelle più tradizionali (famiglie, infanzia e adolescenza, disabili, anziani) a quelle più nuove (povertà ed esclusione, immigrazione e dipendenze): in particolare si è investito sulla de-istituzionalizzazione ed il sostegno alle famiglie - con il conseguente avvio e consolidamento di interventi territoriali e domiciliari - sulla promozione di prime forme di politiche attive per l'inserimento e per l'integrazione sociale, sul sostegno all'autonomia e alle scelte degli utenti.

Una rete di servizi pubblici e privati diffusa e funzionale, un ricco tessuto sindacale, della cooperazione, dell'associazionismo, del volontariato e religioso alimentano un capitale sociale regionale che rappresenta una grande risorsa contro i rischi dell'emarginazione e della solitudine, ma i mutamenti che si sono verificati nell'ultimo trentennio sono stati contraddistinti da un ritmo e una profondità mai sperimentati prima, anche perché sottolineati da un contesto di accentuata globalizzazione degli stili di vita.

A seguito anche dell'approvazione della L. 328/2000 e della L.R. 2/2003, negli anni più recenti le politiche regionali hanno investito, con scelte di indirizzo e con risorse, sull'obiettivo di far nascere e sviluppare sistemi di welfare locali non chiusi all'interno dei confini dei singoli Comuni, ma centrati sulla zona sociale, e sulla cultura della lettura dei bisogni e della programmazione e gestione in forma associata e concertata.

Tale obiettivo dovrà coniugarsi con la valorizzazione del ruolo della Regione – alla luce anche della riforma del Titolo V della Costituzione – come ente regolatore e di indirizzo, e con il rafforzamento del sistema regionale, che deve realizzarsi coerentemente con alcuni principi-guida condivisi con i sistemi locali.

1.2 Obiettivi generali di benessere e promozione

- a) Sviluppo e rafforzamento della coesione sociale, coerentemente agli orientamenti espressi nell'Agenda per la politica sociale della Unione Europea e all'obiettivo di costruire un nuovo equilibrio tra sviluppo economico e crescita sociale, incentivando la crescita e la diffusione della cultura della solidarietà e della prevenzione. Fanno riferimento a questo obiettivo azioni di promozione sociale, interventi di contrasto alla povertà e al rischio di esclusione sociale, interventi di sostegno all'integrazione/inserimento sociale e lavorativo delle persone e delle famiglie immigrate, con particolare riferimento a quelle straniere, interventi di promozione e supporto alle autonome iniziative delle famiglie e delle comunità, alla condivisione tra uomini e donne delle responsabilità familiari, alle imprese e alle donne per favorire l'inserimento e il reinserimento femminile nel sistema produttivo (cfr. art. 9 della L.R. 2/2003).
- b) Promozione dell'agio e del protagonismo di bambini, ragazzi e giovani nei processi di formazione e di crescita, e la riqualificazione del sistema di accoglienza dei minori che per difficoltà familiari sono temporaneamente allontanati dal nucleo familiare e accolti in affidamento familiare o in comunità, attivando la risposta più idonea alle esigenze di ogni bambino. Occorre sviluppare azioni per il riconoscimento e la valorizzazione dei loro bisogni specifici e per la messa in gioco di risorse all'interno dei diversi contesti (famiglia, scuola, ambienti informali), coltivando e facendo emergere le capacità di partecipazione, di auto organizzazione, di condivisione. In questa ottica si colloca l'incentivazione del servizio civile volontario come risorsa per i servizi e come occasione di formazione civile e sociale delle ragazze e dei ragazzi.
- c) Sostegno alle responsabilità familiari di cura e alla loro condivisione, con particolare riferimento al ruolo delle donne. In coerenza con le politiche avviate, si intende potenziare questo indirizzo, con interventi e azioni diversificati, lungo tre assi: a) sostegno e promozione delle scelte e dei progetti di vita delle persone – anziani, disabili, minori - con limitata autonomia; b) supporto all'insieme di risorse di cura e relazionali, anche familiari, che possono garantire la dignità e la libertà della persona parzialmente/totalmente non autosufficiente e, ove possibile, la sua vita indipendente, nonché la tutela del minore; c) promozione della cultura della domiciliarità e sostegno a interventi, volti a garantire la permanenza delle persone nel proprio contesto di vita.
- d) Promozione di servizi ed interventi, anche a carattere residenziale, quali Case e Centri antiviolenza (cfr. L. R. 2/2003, art. 5, comma 4, lettera f), dedicati a donne vittime di violenza, anche con figli.

In questo quadro occorre promuovere e sviluppare quanto già elaborato nel "Progetto integrato per l'emersione e la qualificazione del lavoro di assistenza ad anziani e disabili svolto da assistenti familiari", per sostenere e qualificare la scelta delle persone anziane, disabili, o delle loro famiglie, al fine di garantire un adeguato mantenimento al proprio domicilio, nel rispetto della dignità degli assistiti e di chi li assiste.

Le aree di maggior impegno sul versante delle politiche sociali sono costituite da:

- sostegno della domanda e dell'offerta di cura regolare, promuovendo adeguate politiche di sostegno fiscale anche locale, utilizzando in tal senso gli strumenti esistenti (assegno di cura);
- informazione, garantendo un omogeneo sviluppo di una rete di punti di informazione per le famiglie e per le assistenti familiari e un sostegno che assicuri inoltre le funzioni di consulenza e di supervisione, mediazione e tutoraggio sulle attività

assistenziali, le forme di comunicazione con la rete dei servizi pubblici;

- formazione, qualificazione e aggiornamento delle assistenti familiari, con particolare attenzione allo sviluppo, accanto a qualificate competenze tecniche, di idonee capacità comunicative e di relazione con le persone assistite, i familiari ed il contesto sociale.

Si ritiene opportuno infine sperimentare nuovi strumenti per la certificazione ed il riconoscimento delle competenze finalizzati anche a favorire l'incontro tra domanda e offerta nel settore della cura della persona e a garantire maggiore trasparenza e tutela per le famiglie.

Il Piano sociale e sanitario mira ad assicurare la coerenza delle diverse programmazioni di settore con il principio dell'integrazione della dimensione di genere in tutte le pertinenti politiche ed in tutte le fasi dell'elaborazione, della realizzazione e della valutazione delle stesse.

1.3 Strumenti per l'integrazione delle politiche

Il perseguimento degli obiettivi generali di cui sopra richiede l'integrazione e il raccordo tra le varie politiche settoriali.

Nella L.R. 2/2003 si definisce all'art. 19 che "la Regione, nell'ambito dei propri strumenti di programmazione, con il concorso degli Enti locali e dei soggetti di cui all'art. 2, comma 2, definisce politiche integrate tra i diversi settori della vita sociale ed in particolare in materia di politiche sociali, sanitarie, educative e formative, del lavoro, culturali, urbanistiche e abitative".

La Regione promuove l'integrazione attraverso alcuni strumenti, quali:

- il Piano di azione per gli anziani, prima proposta concreta di ripensare il sistema di servizi e interventi a favore degli anziani in un'ottica di integrazione, coinvolgendo a tal fine i diversi settori della programmazione regionale. Il piano avvia la discussione su una serie di azioni e interventi in materia di servizi alla persona, sostegni per la permanenza a domicilio, edilizia e urbanistica, mobilità e trasporto, commercio e turismo, formazione e cultura, nuove tecnologie;
- il Programma triennale per l'integrazione sociale dei cittadini stranieri - previsto dalla L.R. 24 marzo 2004, n. 5 (Norme per l'integrazione sociale dei cittadini stranieri immigrati. Modifiche alle leggi regionali 21 febbraio 1990, n. 14 e 12 marzo 2003, n. 2) - strumento di programmazione "interassessorile" i cui interventi rispondono in modo unitario ai bisogni ed alle esigenze dei cittadini stranieri immigrati;
- il Programma triennale per l'estensione, il consolidamento e la qualificazione dei servizi-socio-educativi 0-3 anni;
- l'Osservatorio regionale sul fenomeno migratorio, che attraverso la connessione con i nove osservatori provinciali promossi dalle rispettive Amministrazioni provinciali, consente di monitorare in termini quali-quantitativi la presenza dei cittadini stranieri nel territorio regionale;
- il gruppo interassessorile – "Area di integrazione del punto di vista di genere e valutazione del suo impatto sulle politiche regionali" che intende sviluppare quel processo di integrazione, già in atto, per promuovere e valorizzare la differenza di genere nel sistema regionale adottando modalità di programmazione e progettazione ad approccio integrato, valorizzando i collegamenti tra politiche

settoriali tenendo, altresì, conto degli effetti di tali politiche sulle pari opportunità di genere;

- l'Osservatorio regionale infanzia e adolescenza si pone l'obiettivo di raccogliere, elaborare e diffondere tutti i dati relativi alla condizione dell'infanzia, dell'adolescenza e delle famiglie, nonché sui servizi e sugli operatori dedicati;
- il Coordinamento regionale per l'attuazione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza istituito con la DGR 846/2007, in qualità di organo tecnico della giunta regionale che in particolare ha compiti di studio e proposta per la diffusione di una corretta cultura dei diritti della tutela, dell'accoglienza di bambini e ragazzi, di una genitorialità competente e dell'integrazione dei relativi interventi ed elabora proposte in ordine alle linee di indirizzo per l'organizzazione dei servizi sociali e sanitari per minori e i loro standard quali-quantitativi;
- il gruppo interassessorile infanzia e adolescenza - previsto dall'art. 4 della 24 maggio 2004, n. 10 (Partecipazione della Regione Emilia-Romagna alla costituzione della Associazione nazionale italiana "Città Amiche dell'Infanzia e dell'Adolescenza (CAMINA))- presso la Presidenza con la specifica funzione di garantire il coordinamento e la valutazione dei programmi settoriali ed analizzare le ricadute delle normative e degli atti di programmazione sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza.

1.4 Monitoraggio e valutazione degli interventi

La Regione intende elaborare e condividere con gli Enti locali e tutti i soggetti coinvolti nella programmazione un sistema di monitoraggio attraverso appositi strumenti che in maniera continuativa descrivano le principali azioni, progetti e servizi presenti sul territorio e un sistema di valutazione che misuri l'efficacia delle scelte programmatiche e degli interventi realizzati.

La programmazione e la valutazione (che ne è parte integrante) si realizzano a diversi livelli di governo - regionale, provinciale/aziendale, distrettuale - con il comune intento di analizzare le azioni e i processi programmatici, riorientarli e riprogettare gli interventi futuri.

Ciascuno livello di governo ha la necessità di realizzare azioni di monitoraggio e di valutazione per analizzare i processi e i risultati delle proprie politiche sociali e socio-sanitarie e migliorare tali politiche ed i relativi interventi in un quadro in cui tali livelli si alimentino a vicenda, divenendo l'uno risorsa per l'altro. Per questo il percorso di valutazione deve porsi come intento quello di adottare un approccio metodologico comune e strumentazioni complementari.

In una prospettiva di governance, come quella delineata nel Capitolo 2 della Parte prima di questo Piano, orientata ad uno sviluppo locale di comunità e di rete, appare infatti importante che al monitoraggio e alla valutazione dei piani e dei programmi elaborati in maniera integrata, partecipino i soggetti che rappresentano delle effettive risorse per la promozione di tale sviluppo locale. Occorre, in altri termini, che la valutazione sia interpretata come processo di apprendimento collettivo dei soggetti che insieme concorrono alla realizzazione delle politiche sociali e socio-sanitarie pubbliche, che, anche grazie alla valutazione, imparano a "governare" insieme un sistema locale di servizi.

Il sistema regionale di monitoraggio e valutazione deve porsi come obiettivo l'individuazione e la condivisione di strumenti per la raccolta dei dati, di indicatori che consentano comparazioni e raffronti temporali e richiede l'impegno da parte di tutti gli attori coinvolti nel fornire le informazioni, nel rielaborarle e nel prevedere forme di restituzione utili sia ai rappresentanti politici che le utilizzeranno per riorientare la loro azione sia ai cittadini che saranno così più consapevoli delle scelte di organizzazione e miglioramento dei servizi ad essi destinati.

CAPITOLO 2

L'ACCESSO AL SISTEMA

2.1 Accesso al sistema integrato dei servizi

L'accesso al sistema integrato dei servizi deve essere favorito attraverso attività di informazione e orientamento rivolte alla cittadinanza.

Informazione e orientamento sono due funzioni che si legano strettamente. Infatti, l'informazione da sola può risultare scarsamente efficace a fronte della necessità sempre più ricorrente di sostenere le decisioni delle persone e delle famiglie, di fornire strumenti per valutare le diverse alternative a disposizione e identificare la scelta più opportuna.

E' centrale non solo ciò che viene offerto (l'informazione) ma anche il modo in cui ciò avviene, il processo con cui viene offerta informazione, viene spiegata, ci si mette in relazione, si ascolta, si avvia una chiarificazione del bisogno e della domanda.

Altra cosa rispetto all'informazione e all'orientamento è la "presa in carico" da parte dei servizi che rappresenta la fase successiva del percorso intrapreso dall'utente e che comprende la valutazione del bisogno, l'elaborazione e la condivisione di un progetto individualizzato, l'attivazione dei servizi e delle prestazioni conseguenti. La presa in carico è funzione del servizio sociale professionale o dei singoli servizi competenti.

2.2 Priorità di accesso e armonizzazione dei regolamenti

Nel sistema integrato di interventi e servizi vi è un riconoscimento "universalistico" che consente ai cittadini portatori di bisogno di beneficiare di diritti certi, tuttavia tale riconoscimento si accompagna alla presenza di risorse inadeguate, che talvolta non riescono, soprattutto per certi tipi di intervento particolarmente estesi o particolarmente costosi, a coprire per intero il fabbisogno. Per questo è necessario prevedere una graduazione degli accessi, per indirizzare prioritariamente le risorse verso le situazioni caratterizzate da maggiore fragilità sociale e da bisogni di maggiore intensità, facendo riferimento ai seguenti principi generali:

- equità nel realizzare il diritto individuale ad accedere alle prestazioni, garantendo ai cittadini e alle cittadine in analoghe condizioni di bisogno parità di prestazioni;
- equità ed omogeneità nella compartecipazione ai costi dei servizi da parte degli utenti: tale principio presuppone la condivisione di un percorso di approfondimento e di elaborazione comune a livello di zona e regionale sulla determinazione dei costi di ciascun servizio, sulla definizione delle relative tariffe e sull'applicazione dell'ISEE.

L'armonizzazione delle regole per la gestione degli accessi a livello di zona è un nodo importante perché dalle soluzioni adottate dipenderà il raggiungimento di obiettivi di equità e di economicità, e dunque di maggiore efficienza ed efficacia che con il governo associato della zona si vuole raggiungere.

Ciascun territorio, attraverso la pianificazione di zona, definisce tempi e strumenti per armonizzare i criteri di accesso ai servizi sociali alla persona andando alla definizione di regolamenti di ambito distrettuale.

2.3 Lo sportello sociale

Secondo quanto indicato dall'art. 7 della L.R. 2/2003, ciascuna zona deve dotarsi di una

funzione di "sportello sociale", che costituisce quella "porta unitaria di accesso" al sistema dei servizi indicata dal Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003 (approvato con D.P.R. 3 maggio 2001).

Lo sportello sociale costituisce una funzione di integrazione degli accessi al sistema locale dei servizi sociali. In quanto "funzione" esso risponde ad un unico centro di responsabilità a livello di zona, ma si traduce operativamente in molteplici punti fisici di accesso rivolti alla cittadinanza.

Attraverso la funzione di sportello sociale si realizzano azioni di informazione e orientamento in modo unitario e integrato sull'intero territorio della zona, in merito al sistema dei servizi e alle procedure di accesso, rendendo concreta la possibilità per i cittadini di utilizzare i servizi, con una particolare attenzione a chi, per difficoltà personali e sociali, non è in grado di rivolgersi direttamente ai servizi.

L'istituzione degli sportelli contribuisce inoltre a promuovere l'individuazione, in raccordo e collaborazione con i servizi territoriali, di percorsi assistenziali certi e modalità uniformi di presa in carico da parte dei servizi competenti all'interno della zona.

La funzione di sportello sociale è parte integrante del segretariato sociale di zona, servizio che deve garantire unitarietà di accesso, capacità di ascolto e primo filtro, orientamento, azioni di accompagnamento, attività di analisi della domanda, collegamento e sviluppo delle collaborazioni con altri soggetti, pubblici e privati. Lo sportello sociale svolge – all'interno del segretariato sociale - una specifica azione di "front-office", di gestione del primo contatto, dell'informazione, dell'orientamento e dell'invio a servizi specifici.

E' importante che alcuni elementi caratterizzino a livello di zona la funzione di sportello sociale e i luoghi fisici in cui essa si esercita: la connessione sistematica dei punti di accesso alla rete dei servizi sociali e socio-sanitari del territorio, anche attraverso sistemi informativi condivisi, affinché ogni punto di accesso (sociale, socio-sanitario o sanitario) sia in grado di assolvere alla funzione di accoglienza ed orientamento; l'orario di apertura dei servizi di informazione (diretta o telefonica); l'assenza di barriere architettoniche nell'accesso diretto; la tempestività nei tempi di risposta; l'adeguata assistenza nella comprensione e nella gestione degli iter burocratici; l'accoglienza, la disponibilità all'ascolto e all'eventuale invio ad un percorso consulenziale; l'eventuale accompagnamento nella rete dei servizi, nei casi più problematici.

La Regione, già con il programma di riparto delle risorse dell'anno 2003, ha promosso lo sviluppo della funzione di sportello sociale, da realizzarsi in raccordo con i punti informativi del territorio. Per questo ha avviato, con apposito bando (DGR 2749/2003), una sperimentazione, che ha dato come esito l'approvazione di trentadue progetti sperimentali di sportello sociale (DGR 1620/2004) giudicati rispondenti agli obiettivi ed alle finalità indicate dalla L.R. 2/2003 in materia di accesso.

Vista la positiva valutazione di questa sperimentazione, la Regione intende per il futuro promuovere il consolidamento delle esperienze realizzate, la loro qualificazione e l'estensione a tutto il territorio regionale.

Gli elementi che connotano positivamente le esperienze realizzate e che la Regione si propone per il futuro di sostenere sono principalmente:

- la costruzione di una vasta rete di soggetti, pubblici e privati che contribuisca alle varie fasi di progettazione del sistema informativo a supporto degli sportelli e di ricostruzione del sistema dei servizi locali. I soggetti della rete devono essere terminali attivi di informazione, antenne sul territorio in grado di captare il bisogno di

informazione del cittadino e di indirizzarlo;

- la qualificazione degli operatori coinvolti nell'attività degli sportelli, anche attraverso un'adeguata formazione che fornisca agli operatori linguaggi, strumenti e competenze comuni, utili a realizzare analisi più efficaci e mirate delle problematiche, ma anche a sviluppare migliori capacità relazionali e di approccio con l'utenza e infine anche a facilitare l'utilizzo del sistema informativo adottato;
- l'integrazione con il sistema sanitario al fine da facilitare l'informazione e l'orientamento dei cittadini sul sistema complessivo dei servizi sociali e socio-sanitari. Il raccordo deve riguardare i sistemi informativi di supporto agli sportelli, la ricostruzione del sistema dei servizi, la rete complessiva dei punti fisici di informazione e orientamento (sportelli sociali e sportelli unici delle attività distrettuali), a cui il cittadino si può rivolgere, e infine, la condivisione dei percorsi di valutazione e di accesso ai servizi, anche attraverso la predisposizione di schede comuni di accesso degli utenti;
- l'avvio di rilevazioni quali-quantitative della domanda, anche attraverso l'elaborazione di cartelle utenti/schede di primo accesso, che possano essere di supporto nella lettura dei bisogni e conseguentemente orientare la programmazione futura dei servizi.

Con un successivo atto la Regione definirà le linee di indirizzo per il futuro sviluppo degli sportelli sull'intero territorio regionale avendo come obiettivo quello di rendere diffusa capillarmente e facilmente accessibile la funzione pubblica di informazione e orientamento al cittadino sull'intero sistema dei servizi sociali e socio-sanitari.

2.4 La Carta dei servizi

La L. 328/2000 e la L.R. 2/2003 pongono attenzione al tema della tutela dei cittadini e della qualità dei servizi prevedendo in particolare la realizzazione di Carte dei servizi sociali, essenzialmente per due ragioni:

- l'utenza spesso debole dei servizi sociali necessita di tutela più di altre categorie di destinatari, e la Carta dei servizi si propone come uno strumento che attraverso l'informazione, la partecipazione dei cittadini e la valutazione della qualità esercita una azione essenzialmente di tutela;
- i servizi a forte valenza relazionale quali i servizi sociali necessitano di forte attenzione alla qualità delle prestazioni erogate e la Carta dei servizi promuove una cultura della qualità.

La Carta dei servizi, requisito essenziale per l'autorizzazione al funzionamento, dovrà essere diffusa anche tramite lo sportello sociale al fine di mettere in luce le procedure di accesso e gli standard di qualità.

E' importante che essa sia costruita con orientamento a tre funzioni: di tutela (attraverso azioni informative, di conoscenza dei diritti e delle opportunità di rimborso), di sviluppo della partecipazione (attraverso forme di coinvolgimento dei cittadini utenti nella valutazione dei servizi), di miglioramento della qualità delle prestazioni (attraverso la realizzazione periodica e documentata di valutazioni della qualità dei servizi e attraverso la dichiarazione di standard di qualità e obiettivi di miglioramento).

Per cogliere gli stimoli normativi che la Carta dei servizi fornisce, per farne una occasione di sviluppo culturale e operativo saranno avviate specifiche azioni di sostegno e accompagnamento a livello regionale, provinciale e di zona.

CAPITOLO 3

IL FINANZIAMENTO DEL SISTEMA

Il sistema dei servizi sociali e socio-sanitari è caratterizzato da una situazione di grande complessità dal punto di vista delle fonti e dei canali di finanziamento, in parte derivante dal quadro normativo, tuttora in fase di evoluzione, ed in parte dalla natura stessa della programmazione delle politiche sociali, caratterizzate dal pluralismo dei soggetti e dei livelli istituzionali coinvolti.

3.1 FONDI NAZIONALI PER LE POLITICHE SOCIALI

La L. 328/2000 per la promozione ed il raggiungimento degli obiettivi di politica sociale istituisce il Fondo nazionale per le politiche sociali (FNPS) quale fondo unico a cui, a partire dal 2001, afferiscono le risorse destinate precedentemente a finanziare le singole leggi di settore. Questa scelta va nella direzione di garantire unitarietà e coerenza allo sviluppo delle politiche sociali nel loro insieme.

Quale elemento di novità, la legge finanziaria dello Stato per l'anno 2007, oltre a determinare il Fondo nazionale per le politiche sociali (FNPS), ha istituito ulteriori stanziamenti quali il Fondo per le politiche sulla famiglia, il Fondo per le politiche relative ai diritti ed alle pari opportunità, il Fondo per le non autosufficienze, il Fondo per l'inclusione sociale degli immigrati.

Il sistema di finanziamento così delineato presenta tuttavia, nei confronti delle esigenze programmatiche della Regione e degli Enti locali, alcune criticità:

- i fondi vengono determinati annualmente con legge finanziaria dello Stato. Questo comporta incertezza di risorse e impossibilità di programmare su un orizzonte temporale di medio periodo (almeno triennale), condizione necessaria per sostenere lo sviluppo di politiche sociali efficaci ed integrate;
- l'altro tema è quello dell'adeguatezza quantitativa degli stanziamenti del Fondo nazionale: in un quadro complessivo di carenza di risorse, fino a quando non verranno definiti dallo Stato i Livelli Essenziali di Assistenza Sociale (LIVEAS), la quantificazione del Fondo risulta non essere ancorata a parametri oggettivi e certi; a tal proposito le Regioni hanno ripetutamente avanzato la proposta di riportare, al pari del Fondo sanitario, l'entità del Fondo per le politiche sociali al PIL. Le Regioni, in sede di Conferenza unificata hanno recentemente ribadito la necessità di evitare una frammentazione eccessiva dei fondi nelle materie sociali e una loro gestione centralizzata;
- attualmente con il FNPS viene finanziata, in via prioritaria, la quota destinata all'INPS per la tutela dei cosiddetti "diritti soggettivi" (assegno per il primo figlio e per i nuclei familiari numerosi); il che significa che ogni incremento di tali misure rischia di erodere la quota destinata alle Regioni ed gli Enti locali per la realizzazione delle politiche sociali territoriali. I due stanziamenti dovrebbero essere tenuti separati anche perché riguardano competenze legislative diverse (dello Stato in un caso, delle Regioni nell'altro).

Il primo passo per il superamento di tali criticità è proseguire il percorso, per altro già avviato con una proposta delle Regioni presentata formalmente in sede di Conferenza Stato-Regioni, di definizione dei LIVEAS.

3.2 IL FONDO SOCIALE REGIONALE

La L.R. 2/2003 ridisegna il sistema di finanziamento della rete integrata dei servizi sociali e socio-sanitari regionali coerentemente ai principi espressi dalla L. 328/2000.

L'art. 46 istituisce il Fondo sociale regionale e ne determina la composizione. In esso confluiscono le risorse provenienti dallo Stato a seguito del riparto del Fondo nazionale per le politiche sociali, le risorse integrative regionali determinate annualmente con legge di bilancio, le eventuali altre assegnazioni statali vincolate ad interventi socio-assistenziali e le risorse derivanti dagli organismi dell'Unione Europea finalizzate ad iniziative ed interventi in materia di politiche sociali.

3.2.1 Le spese correnti operative

L'Assemblea Legislativa regionale approva annualmente un programma di riparto delle risorse correnti operative del Fondo sociale regionale, sulla base di quanto previsto dal presente Piano regionale. Tale atto, coerentemente a quanto fin qui detto, non si limita a fornire indirizzi settoriali, per singole aree di intervento, ma attua una programmazione complessiva, orientata a garantire la massima integrazione e coerenza delle politiche sociali attraverso l'individuazione di obiettivi di benessere sociale e la loro declinazione negli ambiti di programmazione di riferimento (Zona sociale e, in alcuni casi, Provincia).

La programmazione regionale per il triennio si pone pertanto i seguenti obiettivi:

- consolidamento e sviluppo della Zona, coincidente con il Distretto sanitario, quale ambito ottimale per l'esercizio associato da parte dei Comuni delle funzioni di governo e programmazione da un lato, di gestione e produzione dei servizi sociali e socio-sanitari dall'altro. Dal punto di vista delle risorse ciò viene perseguito:
 - promuovendo l'istituzione del Fondo sociale locale di ambito distrettuale di cui all'art. 45, comma 2 della L.R. 2/2003;
 - sostenendo specifiche azioni di sistema, prima fra tutte la qualificazione e il consolidamento dell'Ufficio di piano, quale struttura tecnico-gestionale integrata di supporto alle funzioni di programmazione e gestione del sistema dei servizi sociali e socio-sanitari della Zona;
- il riequilibrio del territorio, prevedendo meccanismi di compensazione a favore di quelle Zone o di quei Comuni che, per caratteristiche geografiche e socio-economiche, si trovano in situazione di particolare fragilità o ritardo nell'attivazione della rete integrata dei servizi;
- il rafforzamento del principio della corresponsabilità economica: il fondo sociale locale, nel quale confluiscono risorse del fondo sociale regionale e le risorse proprie dei Comuni;
- l'adozione da parte della Regione di strumenti di analisi e verifica di risorse, programmi e risultati, finalizzati alla valutazione dell'efficacia della propria programmazione e del livello quali-quantitativo dei servizi resi e degli interventi attuati.

Annualmente agli Enti Locali territoriali e alle loro forme associative vengono ripartite le risorse per il perseguimento dei predetti obiettivi. Modalità e criteri di riparto dovranno garantire la coerenza con il disegno di governance locale delineato nel presente Piano e valorizzare le responsabilità e l'autonomia degli Enti locali nell'esercizio del loro ruolo di governo del sistema dei servizi sociali e socio-sanitari.

3.2.2 Le spese di investimento

L'art. 48 della L.R. 2/2003 stabilisce che il Fondo sociale regionale per le spese di investimento sia finalizzato al concorso alle spese di costruzione, ristrutturazione ed acquisto di immobili destinati o da destinare a strutture socio-assistenziali e socio sanitarie mediante la concessione di contributi in conto capitale.

Il percorso di assegnazione dei contributi in conto capitale in applicazione della lettera h), comma 1 dell'art. 29 e dell'art. 48 della L.R. 2/2003 è realizzato in coerenza con il nuovo assetto istituzionale delineato al Capitolo 2, Parte prima del presente Piano.

Tale percorso valorizza il ruolo:

- della CTSS nel garantire il riequilibrio territoriale, sia in termini di risorse finanziarie, sia in termini di distribuzione dei servizi e delle strutture;
- del Comitato di Distretto nel ricostruire, relativamente all'ambito distrettuale, il quadro del fabbisogno delle strutture e degli impegni finanziari richiesti.

Si promuove inoltre la sperimentazione dei requisiti bioclimatici ecologici, di cui alla DGR 21/2001 "Requisiti volontari per le opere edilizie", e dei requisiti per l'edilizia ecosostenibile di cui alla DGR 946/2006, al fine di coniugare una maggiore qualità del servizio, intesa anche in termini di scelta dei materiali che vengono usati, di possibilità di risparmio energetico e della risorsa acqua, con la riduzione nel tempo dei costi di gestione della struttura, più evidenti in strutture con caratteristiche residenziali.

3.3 FONDO REGIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

Con il Programma annuale di ripartizione del Fondo regionale per la non autosufficienza la Regione assegna risorse che sono destinate a promuovere lo sviluppo equilibrato della rete dei servizi per la non autosufficienza, in termini di consolidamento, ampliamento, articolazione, qualificazione e potenziamento degli interventi che sostengono le famiglie ed il mantenimento a domicilio delle persone non autosufficienti.

Le risorse aggiuntive non possono essere destinate a ridurre l'impegno del Fondo sanitario e dei bilanci degli Enti locali per la non autosufficienza, rispetto a quanto assicurato sino ad oggi.

A livello distrettuale, il Comitato di distretto:

- a) esercita le funzioni di governo relativamente alla programmazione di ambito distrettuale approvando il **Piano delle attività per la non autosufficienza** nell'ambito del Piano di zona distrettuale per la salute e il benessere sociale e dei Piani attuativi annuali, ricostruendo preventivamente il quadro completo degli interventi, dei servizi e degli impegni finanziari di competenza del FRNA ed anche delle attività dei Comuni. Nel rispetto dei criteri minimi regionali, il Piano delle attività per la non autosufficienza definisce le priorità di utilizzo del FRNA tra i diversi servizi ed interventi in relazione alla specificità del territorio;
- b) assicura il costante monitoraggio della domanda, dell'accesso al sistema, del ricorso ai servizi e dell'utilizzo delle risorse, utilizzando strumenti e criteri condivisi a livello regionale;
- c) assicura, per il tramite del nuovo Ufficio di piano, la gestione delle risorse del FRNA ed in prospettiva gestisce i rapporti ed i contratti di servizio con i produttori, a seguito dell'implementazione a regime dell'accreditamento.

3.4 FONDO LOCALE DI AMBITO DISTRETTUALE

L'art. 45 della L.R. 2/2003 prevede l'istituzione da parte di Comuni, singoli o associati, di un fondo locale di ambito distrettuale per il finanziamento degli interventi e dei servizi.

In attesa della definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza Sociale, la Regione, con il Programma annuale di ripartizione del Fondo sociale regionale, assegna risorse per il mantenimento e lo sviluppo del sistema dei servizi sociali e socio-sanitari.

Tali risorse dovranno progressivamente affluire al Fondo sociale locale e saranno integrate dalle risorse proprie dei Comuni destinate al finanziamento di programmi e/o interventi e servizi gestiti in forma associata.

Nel Fondo possono confluire, inoltre, risorse di altri soggetti pubblici che sottoscrivono l'accordo di programma, nonché eventuali risorse aggiuntive, anche sotto forma di donazione, di soggetti che partecipano all'Accordo di programma attraverso il protocollo di adesione.

La programmazione di tale fondo è parte integrante del Programma Attuativo annuale.

La gestione e il monitoraggio sull'utilizzo del Fondo è svolta dall'Ufficio di piano in coerenza a quanto stabilito nella convenzione intercomunale per la costituzione dell'Ufficio di piano.

La Regione, in accordo con gli Enti locali, predispone idonei strumenti per l'analisi dell'utilizzo delle risorse in relazione agli obiettivi assegnati.

3.5 I FINANZIAMENTI COMUNITARI

Gli Enti locali possono contare, oltre che sulle fonti di finanziamento nazionali e regionali, anche su quelle comunitarie.

Si tratta prevalentemente di fondi europei a finalità strutturale che finanziano interventi concernenti la politica di coesione economica e sociale e la politica agricola comune e che quindi hanno un impatto sullo sviluppo sociale del territorio e sui livelli di benessere collettivo.

In particolare, rilevanti per la programmazione delle politiche sociali, sono:

- Fondo europeo di sviluppo regionale (FESR) per la promozione dello sviluppo armonioso del territorio comunitario e della coesione economica e sociale;
- Fondo sociale europeo (FSE) destinato alla soluzione dei problemi dell'occupazione.

L'obiettivo della Regione è promuovere l'accesso a tali fondi da parte di un numero crescente di soggetti e la piena integrazione di tali misure con le politiche sociali territoriali finanziate attraverso i canali tradizionali.

La Regione ha predisposto gli strumenti per la programmazione dei Fondi strutturali 2007-2013; rimangono fermi alcuni obiettivi strategici quali, ad esempio, l'inserimento lavorativo dei soggetti a rischio di esclusione sociale e lo sviluppo sostenibile e durevole dei territori collinari e montani.

3.6 COMPARTECIPAZIONE DEGLI UTENTI AI COSTI DEI SERVIZI

La L.R. 2/2003, all'art. 49, affida all'Assemblea Legislativa il compito di definire i criteri per la determinazione del concorso da parte degli utenti al costo delle prestazioni del sistema integrato, sulla base del principio di progressività in ragione della capacità

economica dei soggetti e nel rispetto dei principi di cui al D.Lgs. 31 Marzo 1998, n. 109 (Definizioni di criteri unificati di valutazione della situazione economica dei soggetti che richiedono prestazioni sociali agevolate, a norma dell'articolo 59, comma 51, della L. 27 dicembre 1997, n. 449).

Nel triennio si individuano i seguenti obiettivi prioritari:

- Definizione di indirizzi per l'omogeneizzazione dell'applicazione dell'ISEE a livello di ambito distrettuale per i servizi gestiti dai Comuni, nel rispetto delle differenziazioni territoriali ma in un quadro di garanzia di equità per i cittadini;
- Individuazione, per gli interventi ed i servizi ad integrazione socio-sanitaria ed in particolare per quelli regolamentati dal Fondo regionale per la non autosufficienza (art. 51 L.R. 27/2004), di modalità omogenee a livello regionale di contribuzione, in accordo tra la Regione e gli EE.LL., nell'ambito della definizione di un sistema di remunerazione sulla base di tariffe predeterminate.

PARTE TERZA

LE RISPOSTE AI BISOGNI COMPLESSI: VERSO POLITICHE SOCIALI E SANITARIE INTEGRATE

PREMESSA

In ciascuna area d'intervento viene individuato un contesto specifico di partenza, attraverso l'esame di dati qualitativi e quantitativi riferiti alla società regionale, e a tale analisi fa seguito la definizione di obiettivi e azioni strategiche integrate. All'interno di queste trovano spazio:

- gli interventi per la promozione sociale, ai sensi dell'art. 8, commi 1 e 3, della L.R. 2/2003, e gli strumenti per l'incentivazione degli stessi (sostegno economico, formazione, ecc.);
- le indicazioni di ambiti nei quali sperimentare e innovare per rispondere in modo adeguato ai bisogni emergenti, anche in attuazione del comma 5, art. 27 della L.R. 2/2003.

CAPITOLO 1

RESPONSABILITA' FAMILIARI

La Regione Emilia-Romagna in riferimento alle famiglie ha sviluppato una serie di politiche che si caratterizzano per una pluralità di interventi di sostegno alle funzioni familiari e genitoriali.

Il presupposto di questa concezione poggia sull'idea che non sia individuabile un'unica area di sostegno alle responsabilità familiari e genitoriali, ma che essa debba essere composta, armonizzata e sviluppata in un quadro articolato di azioni che supportino in tutte le sue dimensioni di vita la famiglia.

Una efficace politica di sostegno alle responsabilità familiari deve tenere presente e sostenere le famiglie soprattutto su alcuni ambiti di vita quali l'area abitativa, lavorativa, fiscale e dei servizi. Tali ambiti vanno perseguiti con politiche concertate e armonizzate tra loro per avere successo e il massimo di produttività, altrimenti è forte il rischio di fallimento di politiche settoriali, nonostante l'impegno economico consistente messo in campo.

In questa prospettiva è possibile affermare che la Regione sostiene la dimensione familiare in diversi documenti normativi, a partire dallo Statuto regionale che all'art. 9 "riconosce e valorizza la funzione delle formazioni sociali e lo specifico ruolo sociale proprio della famiglia, promuovendo le condizioni per il suo efficace svolgimento" per proseguire con la L.R. 14 agosto 1989, n. 27 (Norme concernenti la realizzazione di politiche di sostegno alle scelte di procreazione ed agli impegni di cura verso i figli) che istituisce i Centri per le famiglie e la L.R. 2/2003 che all'art. 9 "sostiene il ruolo essenziale delle famiglie nella formazione e cura delle persone e nella promozione della coesione sociale, valorizza i compiti che le famiglie svolgono sia nella vita quotidiana, sia nei momenti di difficoltà e disagio legati all'assunzione di responsabilità di cura".

1.1 Contesto attuale: analisi della condizione delle famiglie

Nel corso dell'ultimo ventennio la situazione sociale complessiva della regione è profondamente cambiata. L'aumento dell'instabilità coniugale, il calo delle nascite fino al

1995, le trasformazioni dei modi di formazione delle famiglie, l'aumento del tasso di attività della popolazione femminile con le conseguenze che questo produce o almeno reclama sui modelli di divisione del lavoro domestico e di cura, l'invecchiamento della popolazione, l'aumento della presenza straniera, la diffusione della microcriminalità e con essa del senso di insicurezza dei cittadini, l'emergere della violenza domestica - nelle sue varie forme: fisica, psicologica, economica, sessuale, anche alla presenza dei figli -, sono tutti fenomeni che si traducono inevitabilmente in mutevoli percezioni del bisogno e quindi in domande al sistema pubblico.

Il calo delle nascite che si è rivelato uno dei fenomeni più significativi del mutamento familiare, sta lentamente ma progressivamente assumendo contorni meno univoci. Infatti a partire dal 1995 i nati vivi in Emilia-Romagna sono progressivamente aumentati in misura costante, quasi a sottolineare un cambiamento che solo in parte può essere spiegato con l'incremento della fertilità relativo alle donne immigrate: da 27.828 nati vivi del 1995 si è passati a ben 37.968 del 2005.

La contrazione dei nuclei familiari è avvenuta parallelamente al loro moltiplicarsi. Le famiglie unipersonali che nel 1991 erano il 21,7% salgono, nel 2001 al 27,7% proporzione superiore sia alla media italiana (24,9%) che al nord est (26,64%).

Secondo gli ultimi dati disponibili, su 100 nuclei familiari in Italia 11 sono di tipo monogenitoriale, proporzione che sale a 13 nel caso dell'Emilia-Romagna. Le famiglie con un solo genitore, che per lo più è donna, sono un fenomeno in crescita in tutti i paesi occidentali e vengono considerate particolarmente esposte al rischio di svantaggio economico e di povertà.

Benché i livelli di instabilità italiani siano ancora moderati rispetto a quanto avviene, ad esempio, nei paesi dell'Europa settentrionale, certo è che negli ultimi vent'anni il numero delle separazioni nel nostro paese è praticamente sestuplicato, passando dalle 10.000 del 1970 (che già raddoppiano i valori del decennio precedente) alle oltre 62.000 del 1998. L'aumento dei divorzi ha soprattutto portato all'incremento delle famiglie ricostituite, ossia di quelle famiglie in cui almeno uno dei due coniugi è al secondo matrimonio.

In Emilia-Romagna, accanto ad un tasso di occupazione maschile tra i più elevati, il tasso di occupazione femminile è in assoluto il più alto del paese (già oltre l'obiettivo del Consiglio europeo di Barcellona del 2002).

Sono però, ancora le donne, molto più degli uomini, a dover gestire le interferenze e il potenziale conflitto tra le due forme di lavoro, retribuito e domestico.

La maggiore intensità dei bisogni e la richiesta di una più ampia gamma di tipologie di prestazioni stanno rendendo assai problematica l'attività di cura, entro la sfera familiare, di tutti quei soggetti che sono incapaci di provvedere autonomamente a se stessi per ragioni di età (bambini) o di deficienze psicofisiche (anziani non autosufficienti, adulti disabili ...).

Il lavoro di cura, concetto che ci proviene dalla cultura anglosassone, va oltre lo svolgimento di sole funzioni assistenziali ma privilegia l'investimento relazionale, la presa in carico dei bisogni, lo scambio di affettività.

Un indicatore significativo di queste tensioni è il carico di lavoro di cura e familiare che pesa sulle fasce di età comprese tra i 45 e i 65 anni della popolazione femminile. Tali carichi di lavoro configurano un vero e proprio problema di sostenibilità delle attività di cura, soprattutto quando tali attività si vanno a coniugare con un lavoro retribuito. Da qui l'urgenza di definire politiche sociali adeguate di conciliazione tra i tempi di vita e di

lavoro che sappiano intervenire a sostegno di queste disparità intrafamiliari, (particolarmente dense di conseguenze in alcuni strati sociali in cui è più difficile reperire aiuti esterni), sappiano contribuire ad alleggerire i carichi di lavoro di cura con la fornitura di efficienti servizi educativi e di assistenza (ad esempio per l'infanzia e per gli anziani), e incentivare e promuovere la graduale trasformazione dei modelli culturali che tendono a riprodurli nel tempo.

1.2 Obiettivi e azioni

➤ **Considerare le famiglie come risorsa**

La rimodulazione dei servizi sanitari (ospedalieri e distrettuali) ha comportato importanti variazioni nei confronti delle famiglie: se la deospedalizzazione e la deistituzionalizzazione infatti rispondevano a logiche di miglioramento della qualità assistenziale, riportando nell'alveo naturale delle cure primarie o specialistiche molte funzioni allora svolte in regime di ricovero (v. eliminazione del ricovero pre-chirurgico, day hospital, day service, assistenza domiciliare, hospice, centro di salute mentale, etc.), tali innovazioni hanno talora comportato un aumentato carico per la famiglia, con maggiore responsabilizzazione e coinvolgimento della stessa nel percorso di cura. Il sostegno alle responsabilità familiari è parte integrante delle politiche per la salute per migliorare l'efficacia dei progetti di cura rivolti ai pazienti. E' perciò importante che la famiglia entri a pieno titolo nel processo di cura, divenendo anche una fondamentale risorsa da coinvolgere nel modo più opportuno, per garantire un'adeguata assistenza e un idoneo reinserimento nella vita sociale del congiunto assistito. A questo fine occorre sviluppare un'alleanza terapeutica tra l'équipe assistenziale, il paziente e la famiglia, fornendo loro gli strumenti e le conoscenze necessarie a divenire soggetti consapevoli e partecipi del progetto terapeutico-assistenziale; la motivazione dominante è quella di lavorare insieme in un percorso terapeutico e riabilitativo. Questo approccio prevede una complicità positiva con i servizi e coi principi sui quali si fondano: l'equità distributiva, il corretto uso delle risorse, il principio di non ridondanza.

Il sostegno alle responsabilità familiari è altresì parte integrante delle politiche sociali. La disponibilità alla solidarietà tra famiglie e delle famiglie è una componente essenziale del tessuto sociale, essa va promossa, alimentata e sostenuta dalle istituzioni. In questa prospettiva, un esempio significativo del nuovo protagonismo familiare è dato dai nuovi orientamenti per le famiglie affidatarie: l'esperienza di accoglienza è vissuta come evento collettivo e la famiglia è intesa come soggetto di cambiamento, di crescita della partecipazione dei cittadini nella costruzione della comunità locale. E' necessario pertanto darle riconoscimento, visibilità, luoghi e tempi per rinforzare la capacità di arricchire il territorio e partecipare attivamente alla vita civile. Alle istituzioni spetta promuovere e sostenere questa disponibilità.

Emerge quindi la necessità di ricostruire un quadro complesso e articolato che consideri le famiglie in tutte le loro dimensioni: compiti, funzioni, bisogni ed eviti riduzioni semplicistiche del ruolo e delle responsabilità che implica l'essere famiglia.

La sfida è anche quella di riorganizzare e riorientare in termini di innovazione la spesa sociale alla luce delle trasformazioni che investono la nostra società.

➤ **Mettere in campo una pluralità di interventi per il sostegno alle famiglie**

La Regione Emilia-Romagna ha sviluppato e intende consolidare e qualificare una serie di politiche che si caratterizzano per la pluralità di interventi dedicati ai bisogni e alle

funzioni familiari e genitoriali. Inoltre si è superata la visione che le politiche sociali per le famiglie si basino su azioni e interventi a carattere risarcitorio e riparatorio, al contrario le politiche sociali devono essere assunte, al pari di altre politiche (industriali, fiscali, economiche, ambientali), come fattore produttivo di crescita economica e di sviluppo dell'occupazione.

Il tema dei servizi socio-educativi per l'infanzia è strettamente collegato al sostegno rivolto alle famiglie per quel che riguarda la complessa conciliazione dei tempi di vita, di lavoro e di cura.

E' indubbio che la nascita dei servizi socio-educativi per la prima infanzia - da quelli più tradizionali come il nido, a quelli integrativi (spazi bambini e centri per bambini e genitori), fino a quelli più recenti definiti sperimentali (educatrici familiari e domiciliari) caratterizzati da una maggior personalizzazione della proposta educativa - risponde, oltre che ad un'offerta differenziata di opportunità per i bambini, anche a nuove richieste espresse dalle famiglie, sia di natura culturale che organizzativa, oltre che educativa.

Dal punto di vista culturale, alcuni di questi servizi si propongono come punti di aggregazione, tesi al superamento della solitudine che spesso accompagna la famiglia, le neo-mamme in particolare, al momento della nascita e nei primi mesi di vita dei bambini. Rispondono inoltre a richieste di consultazione e di confronto, attraverso la possibilità di rispecchiarsi in esperienze analoghe: farsi genitore è anche un percorso di apprendimento sociale, che trova in questi servizi, in modo diverso rispetto alla dimensione familiare, un supporto per così dire integrato.

Accanto a questi servizi la Regione ha realizzato, in sinergia con i Comuni e le Associazioni di Comuni una rete regionale di centri per le famiglie, intesi come vere e proprie agenzie comunali a sostegno e promozione delle famiglie con figli. Con la programmazione del Piano sociale e sanitario si intende qualificare, consolidare ed estendere questa rete regionale di servizi comunali dedicati alla genitorialità che offrono in forma integrata con i servizi territoriali le seguenti risorse:

- Un'informazione facilmente accessibile (sportello, mail e sito) su tutti i servizi, le opportunità istituzionali e informali (educative, sociali, sanitarie, scolastiche, del tempo libero) che il territorio offre a bambini e famiglie con particolare attenzione alle famiglie con figli disabili, monoparentali e immigrate;
- un'azione di promozione culturale ed un supporto alle competenze genitoriali ed al loro esercizio attraverso: gruppi tematici, seminari e incontri con operatori ed esperti, mediazione familiare per superare il conflitto separativo, promozione della cultura della responsabilità di entrambe i genitori per valorizzare le competenze genitoriali nell'interesse dei figli e consulenza familiare anche con la tecnica del counseling genitoriale;
- forme di sostegno economico;
- supporto alle esperienze di accoglienza in particolare affido familiare e adozione;
- interazioni progettuali con il terzo settore;

Parallele a queste forme di intervento che si rivolgono specificatamente alla famiglia ve ne sono altre che ne disegnano così il quadro complessivo che devono essere riconsiderati nel loro insieme per comporre un sistema di supporto integrato, implementando una rete integrata territoriale di accoglienza alle donne anche con figli; tale obiettivo sarà specificato in una specifica disposizione attuativa del presente Piano; le forme di intervento a cui si sta facendo riferimento sono:

- le azioni promosse dai Consultori familiari in merito all'informazione e alla consulenza relativamente al tema della sessualità e della procreazione

responsabile, alla tutela della procreazione stessa e al sistema articolato di prestazioni in grado di fornire il complesso degli interventi afferenti la gravidanza, la nascita, il puerperio. In tal senso si dovranno sollecitare le aziende sanitarie, come in particolare indicato nel capitolo sul Distretto, perché sia pienamente concretizzata la funzione della rete consultoriale chiamata, come previsto dalla L.R. 27/89, a prestare assistenza psicologica oltretutto sanitaria e sociale, in collaborazione con gli Enti locali. Si favorirà l'attivazione presso le realtà locali di specifici programmi multidisciplinari e interistituzionali che diano attuazione alle strategie previste dall'OMS per la preparazione e l'assistenza al parto, al fine di realizzare gli obiettivi di sostegno alla famiglia e alla coppia, di promozione e tutela della procreazione responsabile e di prevenzione dell'interruzione volontaria di gravidanza. Organizzativamente, si dovrà incentivare l'adozione di équipes di lavoro composte da operatori con varie competenze medico-sanitarie, psicologiche e sociali, favorendo la presenza effettiva delle figure professionali necessarie affinché i Consultori possano esercitare compiutamente le funzioni loro assegnate e garantire l'accessibilità al servizio riducendo anche le liste di attesa, ove necessario;

- il programma di sostegno alle politiche abitative attraverso il fondo per l'affitto e forme di sostegno per l'acquisto della prima casa;
- una serie di sostegni abitativi, promozionali e di aiuto a famiglie monogenitoriali con figli, fenomeno che risulta essere sempre più in crescita;
- l'armonizzazione dei tempi di vita e dei tempi di lavoro, il supporto alla condivisione tra uomini e donne delle responsabilità familiari (primo anno in famiglia);
- interventi di promozione e supporto alle autonome iniziative delle famiglie e delle comunità, alle imprese e alle donne per favorire il loro inserimento e reinserimento nel sistema produttivo;
- interventi di contrasto alla povertà e al rischio di esclusione sociale: azioni formative e di accompagnamento al lavoro, interventi per il problema abitativo, incentivi e sostegni alle imprese che impiegano soggetti svantaggiati;
- benefici per il diritto allo studio, interventi volti a facilitare l'accesso e la frequenza alle attività scolastiche e formative (fornitura gratuita dei libri di testo, mensa, trasporti, servizi residenziali, sussidi e servizi per soggetti disabili, borse di studio, e in generale partecipazione al costo dei servizi in misura relativa alle condizioni economiche del nucleo familiare);
- tutte le attività collaterali svolte dagli Enti locali con iniziative extrascolastiche per i bambini e gli adolescenti;
- interventi dei centri di accoglienza per donne che subiscono violenza e per i loro figli che assistono a forme di violenza tra le pareti domestiche ed interventi di formazione, di sensibilizzazione e di prevenzione della violenza di genere rivolti al territorio ed alle diverse categorie professionali che incontrano le vittime;
- il sostegno alla non autosufficienza e alla domiciliarità attraverso azioni mirate all'accompagnamento e sostegno dei progetti di vita delle persone anziane e dei disabili;
- interventi di sostegno all'integrazione/inserimento delle persone e delle famiglie immigrate, con particolare riferimento a quelle straniere: interventi per il problema abitativo, inserimento nei servizi educativi e scolastici, azioni formative e di accompagnamento al lavoro, informazione, tutela sanitaria, socializzazione, mantenimento dei legami con la cultura d'origine, promozione di percorsi partecipativi a livello locale.

CAPITOLO 2

INFANZIA E ADOLESCENZA

- **Premessa: verso un nuovo concetto di tutela dei soggetti in età evolutiva**

Il sistema integrato dei servizi per l'infanzia e l'adolescenza dovrebbe favorire il radicamento di una nuova rappresentazione sociale del concetto di tutela, che integri la consolidata valenza giuridica di difesa e salvaguardia con una connotazione più estesa dinamica di benessere sociale.

La funzione di tutela oltre che in termini di protezione viene anche assicurata dalla famiglia, dalla scuola, dai servizi tramite un insieme di azioni che garantiscono lo sviluppo e la crescita armonica del bambino e l'incremento di una cultura dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza. Il concetto di tutela possiede anche una valenza di tutoring, di accompagnamento e sostegno sempre caratterizzato da un atteggiamento di ascolto da parte di familiari, insegnanti, operatori ed amministratori. Il soggetto bambino adolescente è titolare e portatore di diritti di personalità e di cittadinanza che devono non solo essergli riconosciuti, ma che necessitano di contesti favorevoli per essere compiutamente attuati.

Facendo riferimento alla Convenzione sui diritti del fanciullo, fatta a New York il 20 novembre 1989, ratificata dalla L. 27 maggio 1991, n. 176, e sostenuta dalle Leggi 28 maggio 1997, n. 285 (Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza), 23 dicembre 1997, n. 451 (Istituzione della Commissione parlamentare per l'infanzia e dell'Osservatorio nazionale per l'infanzia), dalla Legge 328/2000 e dalla Legge 8 febbraio 2006, n. 54, recante disposizioni in materia di separazione dei genitori e affidamento condiviso dei figli, è necessario che i diritti di cittadinanza dei soggetti in età evolutiva non siano soltanto declamati ma vengano assunti come scelte politiche e programmatiche prioritarie e recepiti in una pratica amministrativa integrata.

Nella vita quotidiana delle comunità la pianificazione socio-sanitaria in particolare deve individuare progetti, interventi e servizi che rafforzino localmente il diritto:

- alla tutela della “buona” nascita, anche in applicazione della L.R. 11 agosto 1998, n. 26 (Norme per il parto nelle strutture ospedaliere, nelle case di maternità e a domicilio) sull'umanizzazione del parto;
- a vivere in un ambiente familiare adeguato e responsabile e in un contesto sociale attento anche al superamento precoce delle disuguaglianze;
- alla protezione da malattie infettive attraverso l'offerta attiva delle vaccinazioni previste e una corretta informazione ed educazione alla salute e alle cure appropriate nella quotidianità per una crescita armoniosa;
- ad essere ascoltato sia in ambito familiare che extra familiare;
- ad una partecipazione consapevole e responsabile alla complessiva vita della comunità a cui si appartiene: un processo di alfabetizzazione civica, politica ed economica che consenta di acquisire le conoscenze di base non solo sull'ordinamento del proprio paese ma anche sui meccanismi reali di funzionamento della vita politica, sociale ed economica. La cittadinanza deve essere esperita soggettivamente e concretamente dai bambini e dagli adolescenti;
- a possedere adeguati strumenti di conoscenza della realtà nonché sufficienti chiavi di lettura di essa: la compresenza di più realtà formative, tra loro comunicanti,

assicurerà al ragazzo una molteplice possibilità di opportunità ed una più vasta gamma di strumenti informativi e formativi;

- al gioco e ad un uso adeguato del tempo libero quale condizione per poter costruire compiutamente la propria personalità e per sviluppare quella creatività che guidi nella ricerca di risposte nuove e possibili.

La piena attuazione dei diritti personali e di cittadinanza è favorita dallo sviluppo della connessione tra gli ambiti programmatori, più storicamente dedicati all'infanzia e all'adolescenza, e quelli dedicati ad orientare l'evoluzione degli aspetti strutturali della vita delle città.

2.1 Contesto attuale

Il primo dato significativo riguarda l'inversione di tendenza delle nascite nella nostra regione. Dal 1995 al 2005 vi è un progressivo e costante aumento dei nati: da 27.828 nati nel 1995 si è arrivati a 37.968 nel 2005. A tale fenomeno ha dato anche risposta un progressivo aumento dei servizi socio-educativi per la prima infanzia che sono passati ad accogliere da 72.139 bambini nel 1995 a 110.014 nel 2004.

Purtroppo tale aumento si registra anche nei servizi sociali territoriali per l'infanzia e l'adolescenza: da 45.561 bambini assistiti nel 2003 si è passati a 50.592 nell'anno 2005; occorre però considerare che il 76,4% è in carico ai servizi per problematiche familiari che nel 51,7% dei casi riguardano problemi di tipo economico/abitativo.

In regione i bambini e ragazzi temporaneamente fuori dalla famiglia di origine sono oltre 3000 (affidamenti eterofamiliari n. 1084, affidamenti a parenti n. 439, in comunità n. 1485).

Un altro elemento da considerare riguarda la presenza di minori stranieri: al 31/12/2004 pari al 9,7% della popolazione minorile, mentre tale rapporto sale ben al 35% dei bambini in carico ai servizi sociali territoriali. Tale situazione esige una capacità di lettura dei fenomeni, una professionalità più raffinata degli operatori, una flessibilità dei modelli organizzativi adottati e una loro capacità di interloquire con altre realtà istituzionali, con altri servizi e opportunità del territorio.

La ricchezza, la qualità e la quantità di esperienze realizzate in collaborazione con i servizi educativi, le istituzioni scolastiche, come si evince anche dall'analisi dei Piani sociali di Zona, ci indicano che oggi esistono le condizioni per costruire e sperimentare forme di collaborazione coordinata tra servizi educativi, scuola, Enti locali, servizi sanitari e terzo settore finalizzate a favorire i processi di accoglienza dei bambini e dei ragazzi nei servizi e nella scuola e migliorare la qualità delle loro relazioni e tra questi e gli adulti. I servizi educativi e la scuola infatti rappresentano il primo contesto di socializzazione tra bambini anche di culture diverse e conseguentemente il primo luogo di incontro tra le famiglie che entrano in contatto tra loro per il progetto comune di educazione dei loro figli; le agenzie formative ed extrascolastiche diventano importanti opportunità di contatto per le famiglie immigrate, di acquisizione di competenze genitoriali e luoghi di integrazione sociale, partendo dai figli.

2.2 Obiettivi e azioni

- **Rapportare i servizi educativi e la scuola con la dimensione sociale, sanitaria, sportiva, culturale, ricreativa**

La collaborazione tra servizi educativi, autonomie scolastiche e territorio dovrà essere

profondamente rispettosa delle funzioni e delle competenze proprie e sarà mirata a costruire percorsi e progetti in modo partecipato e condiviso. Le strutture educative e scolastiche vanno aiutate e sostenute, tramite progetti (L. 285/1997, L.R. 27/1989, L.R. 28 dicembre 1999, n. 40 (Promozione delle città dei bambini e delle bambine), L.R. 10 gennaio 2000, n. 1 (Norme in materia di servizi educativi per la prima infanzia), L.R. 8 agosto 2001, n. 26 (Diritto allo studio ed all'apprendimento per tutta la vita. Abrogazione della L.R. 25 maggio 1999, n. 10), L.R. 30 giugno 2003, n. 12 (Norme per l'uguaglianza delle opportunità di accesso al sapere, per ognuno e per tutto l'arco della vita, attraverso il rafforzamento dell'istruzione e della formazione professionale, anche in integrazione tra loro), L.R. 2/2003), a diventare sempre più punti di diffusione di una cultura dell'educazione, di maturazione sociale e di sostegno alla genitorialità, che si apre a tutta la comunità.

In questa direzione sono di importanza strategica strumenti come il Piano di Zona distrettuali per la salute e il benessere sociale, i patti tra Enti locali, azienda sanitaria e scuola per ottimizzare e sviluppare le risorse e le opportunità presenti sul territorio per quanto riguarda la promozione e l'educazione alla salute nonché gli stili di vita sani, l'educazione all'affettività e alla sessualità, l'inserimento scolastico degli oltre 9.000 alunni disabili o in gravi difficoltà, la prevenzione delle dipendenze o di disturbi psichiatrici in adolescenza, l'incentivazione di momenti aggregativi extrascolastici con uso di laboratori e spazi anche scolastici.

Vi è pure da considerare una quota non indifferente di ragazzi che si orientano verso i percorsi della formazione professionale, dell'apprendistato o che entrano nel mercato del lavoro. E' importante che a questi ragazzi vengano assicurati gli stessi diritti di cittadinanza attiva di coloro che scelgono di restare all'interno del sistema dell'istruzione. A tale proposito è necessario avviare un'azione di ricerca volta a conoscere la situazione dei bambini e adolescenti, in rapporto critico con il sistema di istruzione (fenomeno della dispersione scolastica) e in questa ottica andrà consolidata l'iniziativa regionale per il contrasto del fenomeno dello sfruttamento lavorativo dei minori non solo a livello regionale ma mondiale, prevedendo tale tematica nei progetti di cooperazione internazionale.

➤ **Promuovere forme di cittadinanza attiva**

Per partecipare adeguatamente alle scelte circa la sostenibilità territoriale i ragazzi devono essere informati, conoscere gradualmente i luoghi di vita e le componenti sociali, i meccanismi ed i percorsi attraverso i quali maturano le decisioni che influiscono sulla vita quotidiana della comunità, sapere individuare la valenza relazionale e sociale dei comportamenti propri e degli altri, cominciare ad apprendere le modalità per entrare in relazione con gli Enti locali, le realtà associative, del volontariato e del privato sociale.

Una delle chiavi di lettura del territorio e delle sue diverse sostenibilità è offerta dall'intergenerazionalità che si misura non solo nel rapporto bambino-adulto, adolescente-adulto, ma anche all'interno della stessa straordinaria età evolutiva.

L'opportunità di sviluppare maggiormente su tutto il territorio regionale (la L. 285/1997 è stata a tal proposito un importante laboratorio sperimentale) le esperienze di impegno sociale degli adolescenti, visti come soggetti in grado di fornire un formidabile contributo ai bambini e ragazzi più deboli, li aiuta nell'acquisire maggiore consapevolezza e sicurezza delle proprie capacità e responsabilità (mutuo aiuto, mutuo insegnamento).

Lo spazio residenziale dei bambini e dei ragazzi dovrebbe essere tale da assicurare l'organizzazione autonoma delle attività relazionali. La ricostruzione di elementi propri

della comunità di prossimità necessita di un ripensamento dello spazio pubblico, inteso anche nella sua funzione di spazio identitario del quartiere o del rione o dell'isolato.

Condizione imprescindibile per la realizzazione di questi interventi è l'integrazione tra le diverse politiche di settore (urbanistica, mobilità, ambiente, sicurezza, salute, scuola, formazione, sociale, etc.) attraverso la piena assunzione di un approccio sistematico e globale alle condizioni dell'infanzia e dell'adolescenza, con un profondo rinnovamento di alcune metodologie di lavoro. In quest'ottica, il gruppo tecnico interassessorile, costituito dalla Regione Emilia-Romagna ai sensi della L.R. 10/2004, si configura quale luogo privilegiato di riflessione intersettoriale sulle ricadute delle scelte normative e programmatiche della Regione verso le nuove generazioni.

➤ **Potenziare e qualificare il sistema di accoglienza**

Nella nostra regione si evidenzia un aumento di bambini e ragazzi che sono collocati all'esterno della propria famiglia di origine. In totale i minori che hanno affrontato un'esperienza di accoglienza residenziale fuori dalla famiglia sono oltre il 9% di quelli in carico ai Servizi sociali.

Per quanto riguarda le adozioni intese come possibilità di dare una risposta stabile al bisogno dei bambini ad avere una famiglia che li ami, li educi e li accompagni verso una crescita armonica e serena, la Regione ha intrapreso una serie di iniziative organiche e strutturate confluite nelle linee di indirizzo regionali (DGR 1495/2003).

Tra i principali momenti di qualificazione che si intendono potenziare e garantire in maniera continuativa trovano posto i corsi gratuiti di preparazione per tutte le coppie emiliano-romagnole interessate ad intraprendere il percorso adottivo, prima che esse accedano alla fase di indagine psicosociale. Va inoltre garantito il processo di specializzazione delle equipe adozioni attraverso la continuità inter-professionale degli operatori dedicati (nelle figure dell'assistente sociale e dello psicologo), la corretta programmazione delle risorse di personale al fine di arginare il fenomeno delle liste di attesa, particolarmente accentuato in alcune aree della regione.

Nel triennio di riferimento del Piano l'impegno dei servizi sociali e sanitari dovrà riguardare il potenziamento degli interventi di sostegno individuale e di gruppo nella fase del post-adozione, al fine di garantire ad ogni famiglia il supporto rispetto alla creazione dei legami affettivi e filiali, anche come prevenzione dei fallimenti adottivi.

L'intervento dei servizi pubblici nella fase del post-adozione dovrà prevedere anche momenti di raccordo con gli operatori educativi e scolastici, e una adeguata accoglienza sanitaria e diagnostica del bambino, date le particolari condizioni pregresse di vita, come previsto dal protocollo regionale per la tutela della salute psico-fisica dei bambini adottati, recentemente approvato il 22.11.2007.

Per quanto riguarda l'affidamento familiare e l'accoglienza in comunità la Regione ha posto in una dimensione unitaria le politiche per l'accoglienza dei minori attraverso un rilancio dell'affidamento familiare e l'avvio di una qualificazione delle risposte accoglienti di tipo familiare, definite, tramite la direttiva in materia di affidamento familiare e accoglienza in comunità di bambini e ragazzi (DGR 846/2007), un complessivo sistema di opportunità per i minori che necessitano di essere temporaneamente allontanati dalla propria famiglia.

Nella nostra regione siamo, infatti, in presenza di un sistema di accoglienza esteso e consolidato costituito da risorse familiari e non, pubbliche e private, ma che richiede di essere accompagnato in un processo di qualificazione attraverso azioni quali:

- la promozione della cultura di accoglienza come sensibilizzazione della comunità locale, facendo riferimento in particolare alle associazioni di famiglie affidatarie e adottive, alla sollecitazione di un ruolo positivo da parte dei media, alla generalizzazione dell'esperienza delle reti familiari per l'accoglienza in caso di emergenza soprattutto per la fascia 0-6, alla sperimentazione di forme innovative di affidamento (affidamento omoculturale ...), allo sviluppo di una informazione accogliente rivolta ai minori stranieri ed alle loro famiglie, con particolare attenzione ai minori stranieri non accompagnati;
- la promozione di nuove tipologie di comunità semiresidenziali al fine di evitare l'allontanamento del minore dalla propria famiglia e dal proprio ambiente - garantendo comunque un alto livello di tutela del bambino o del ragazzo e attivando contemporaneamente le risorse positive presenti nel contesto familiare e in quello sociale – e sostenere l'accompagnamento all'autonomia di coloro che necessitano di conciliare la protezione con lo sviluppo della piena indipendenza anche dopo il 18° anno d'età;
- la realizzazione dei progetti di recupero delle famiglie di origine;
- la promozione e formazione presso le scuole di referenti per l'accoglienza in grado di coordinare e supportare l'azione degli insegnanti che sono chiamati ad accogliere bambini affidati, adottati, stranieri e comunque portatori di una condizione familiare che richiede attenzioni particolari;
- la costituzione di un fondo distrettuale per garantire una gestione unificata degli oneri relativi all'inserimento in struttura dei minori temporaneamente allontanati dai propri nuclei familiari.

In questo scenario la Provincia ha ruolo importante di coordinamento e monitoraggio e valutazione delle azioni attraverso i "coordinamenti tecnici provinciali per l'infanzia e l'adolescenza" che promuovono cultura e riflessione sulla condizione dell'infanzia e adolescenza e collaborano alla redazione dei programmi provinciali tutela e accoglienza che dovranno essere armonizzati e integrati con la programmazione socio-sanitaria zonale.

➤ **Sostenere forme specifiche di tutela**

La qualificazione del sistema di tutela del bambino e dell'adolescente da forme gravi di disagio e/o di violenza dovute a situazioni familiari, sociali, relazionali si rafforza e viene garantita:

- dal potenziamento ed aggiornamento del sistema interistituzionale dei servizi che si occupano di tutela dei minori e di recupero di coloro che agiscono violenze, anche attraverso percorsi di formazione degli operatori (congiunta e specialistica) e di adozione di strumenti operativi condivisi (protocolli, linee guida ...);
- dalla costituzione di équipe centralizzate multiprofessionali ad alta qualificazione, operanti di norma a livello sovra-zonale con un dimensionamento tale da offrire un'adeguata risposta; esse collaborano con i servizi di base al fine di garantire la correttezza della diagnosi, assicurare la tempestiva risposta in caso d'emergenza e realizzare un articolato progetto di presa in carico e riparazione;
- dal rafforzamento delle forme di dialogo ed interazione tra i servizi sociali e la scuola, i servizi educativi e ricreativi;
- dall'estensione e consolidamento dei presidi e delle strutture che vengono mobilitati nel percorso riparativo per i bambini e ragazzi vittime di violenze (spazi per audizioni

protette e spazi neutri; comunità specializzate per l'accoglienza...) e qualificazione dei relativi operatori.

Una particolare attenzione va riservata al tema dei minori provenienti dal circuito penale. La ristrutturazione in corso dell'Istituto penale "Pietro Siciliani" di Bologna, infatti, porterà alla estensione della sua capienza. Ciò comporterà un impatto non indolore sul sistema dei servizi sociali minorili e sulle reti di accoglienza della regione e, in particolare, dell'area bolognese. Per far fronte in larga parte a ciò, occorre:

- dare piena attuazione alle linee espresse nel Protocollo d'intesa (DGR 279/1998) e nel relativo Protocollo operativo (DGR 2671/2003) riguardanti le azioni di tutela e accoglienza dei minori provenienti o gravitanti nel circuito penale;
- conferire nuovo impulso, anche con l'ausilio della Commissione ex art. 13 del D.Lgs. 27 luglio 1989, n. 272 recante norme di attuazione del DPR 22 settembre 1988, n. 448 di approvazione delle disposizioni sul processo penale a carico di imputati minorenni, ad una concertazione tra le varie Amministrazioni territoriali coinvolte, finalizzata anche all'ottimizzazione delle risorse e delle risposte accoglienti (territorializzazione degli interventi, avvio della mediazione penale ...), nonché delle forme di promozione di carattere culturale ed educativo a favore dei minori provenienti dal circuito penale;
- portare a compimento l'iter di approvazione della direttiva prevista dall'art. 4, comma 4 della L.R. 2/2003 (ex "domicilio di soccorso").

➤ **Favorire il coordinamento della progettazione e la diffusione di buone prassi**

Sulla scia dell'esperienza di rendere coeso ed integrato il sistema dei servizi socio educativi 0-3 anni attraverso normative aggiornate ed in grado di definire standard strutturali o organizzativi comuni ai servizi sia erogati dai soggetti pubblici che da quelli privati, la Regione investe nella qualità dei servizi stessi prevedendo finanziamenti adeguati in tre direzioni:

- nella direzione della valorizzazione della cultura e del patrimonio dei servizi realizzati attraverso fondi utili a sostenere la documentazione pedagogica regionale tramite la collaborazione dei CPP (coordinamenti pedagogici provinciali, i centri di documentazione educativa, i centri risorse e i centri di documentazione handicap);
- nella direzione di un maggior investimento professionale delle nuove generazioni di educatrici che entreranno nei servizi grazie alla convenzione con l'Università di Bologna (Facoltà di Scienze della formazione) per una adeguata integrazione tra teoria e prassi pedagogica; alla convenzione con l'università per una maggiore adeguatezza della laurea triennale di educatrice per la prima infanzia, si associa anche la necessità di perfezionare la ricerca universitaria orientandola anche a tematiche fortemente correlate ai servizi educativi.
- nella direzione di una maggiore conoscenza del sistema dei servizi in grado di facilitare un superamento delle resistenze al confronto e facendo dello scambio una occasione di incontro di identità in dialogo tra loro.

Sulla base di queste esperienze si è ritenuto opportuno avviare scambi e confronti su quanto prodotto con la progettazione sorta con la L. 285/1997. Si è, quindi, deciso di assumere la modalità degli scambi interprovinciali come strumento per: il trasferimento nei Piani sociali di zona delle buone prassi acquisite grazie alla pluriennale esperienza realizzata con la L. 285/1997; il superamento della ripetitività degli interventi e la messa in discussione dei modelli operativi; l'apertura al confronto anche con altre realtà regionali.

Sarà pertanto necessario: consolidare interventi e servizi di qualità, qualificare i servizi esistenti, sperimentare, soprattutto nell'ambito dei servizi territoriali per gli adolescenti, progetti socio-educativi.

Il consolidamento, la qualificazione e l'integrazione richiedono l'affinamento di strumenti conoscitivi e di monitoraggio dell'insieme delle azioni e degli esiti prodotti in ambito regionale e locale. Tale strumentazione è il presupposto per una efficace circolazione delle esperienze, per la valutazione delle criticità e per una migliore allocazione delle risorse pubbliche e private.

Nell'ottica dell'integrazione viene attivata in ogni zona sociale una specifica funzione di coordinamento territoriale dei diversi interventi socio-sanitari-educativi a favore dell'infanzia e dell'adolescenza che può prevedere anche figure di sistema. Obiettivo è promuovere il coordinamento e l'integrazione delle programmazioni, degli interventi e dei progetti educativi, sociali e socio-sanitari che gli Enti locali realizzano in collaborazione con le Autonomie scolastiche, le Aziende USL ed il Terzo Settore per migliorare la qualità dell'integrazione scolastica e sociale. Si tratta di una funzione socio/pedagogica a dimensione zonale, in grado di assicurare contemporaneamente co-elaborazione e presidio progettuale secondo un'ottica di rete, un'attività di coordinamento competente sul merito degli obiettivi, dei contenuti e della metodologia attuativa, un rapporto sistematico con le diverse agenzie e gli attori del territorio impegnati sul versante dell'età evolutiva. Una regia di tipo sistemico, incardinata possibilmente nell'ufficio di piano, tesa ad un raccordo permanente fra tutti gli attori e le agenzie coinvolte in un'ottica mirata al potenziamento e alla promozione dello sviluppo di comunità.

Altra condizione indispensabile per garantire la qualità dell'intervento sociale è la promozione della qualificazione e specializzazione professionale degli operatori, nonché la loro salvaguardia.

Anche per questo motivo è stata introdotta, dopo uno specifico percorso di formazione, la figura dell'esperto giuridico nella tutela dei minori e delle loro famiglie. Tale figura ha il compito di supportare con un qualificato approccio giuridico (ed in particolare dell'ambito del diritto minorile), l'attività degli operatori dei servizi sociali e sanitari. La collaborazione dell'esperto giuridico con le altre figure operanti nei servizi (assistenti sociali, psicologi, educatori, insegnanti) può contribuire a rafforzare le forme di interazione con gli uffici giudiziari, con i mass-media, con gli avvocati, con l'obiettivo di assicurare una maggiore protezione dei bambini e dei ragazzi e per l'adeguato sostegno alle responsabilità genitoriali nelle situazioni di difficoltà.

Per quanto concerne i servizi sociali, educativi, scolastici, si registrano alcune difficoltà sostanziali che minano fortemente il buon funzionamento e il "benessere" del servizio stesso e il rapporto con gli utenti. Il primo aspetto riguarda la precarietà del personale. A tale proposito è importante tenere presente le numerose risorse umane in questi ultimi anni impegnate nei servizi sociali, dato il cambio generazionale in atto, e nell'esperienza progettuale rivolta a bambini e adolescenti all'interno della L. 285/1997 e che ha visto un'accentuata precarietà lavorativa di questi operatori.

Accanto al tema della precarietà, citato espressamente in molti Piani sociali di zona, vanno considerati altri aspetti significativi.

I servizi sociali territoriali per l'infanzia e l'adolescenza sono schiacciati da un pesante carico di lavoro che denota un personale insufficiente per rispondere adeguatamente alle richieste territoriali sia per il loro numero sia per la complessità che sottende la presa in carico di un soggetto in età evolutiva e della sua famiglia e dell'ulteriore complessità derivante da un numero sempre maggiore di bambini e ragazzi stranieri.

Il lavoro con realtà disagiate all'interno delle quali è inserito un bambino o un'adolescente comporta carichi emotivi estremamente coinvolgenti e gravosi che richiedono:

- una formazione continua;
- una supervisione periodica che consenta di porsi in modo coerente rispetto alle problematiche da affrontare;
- un equilibrio nell'azione degli operatori sociali e sanitari che coniughi accanto all'intervento sul versante del disagio azioni sul versante promozionale, educativo, formativo, di elaborazione e ricerca.

CAPITOLO 3

GIOVANI

• Premessa

La Regione Emilia-Romagna, pur in assenza di una legislazione organica nazionale sui giovani, ha scelto un percorso di innovazione, attraverso legislazione dedicata, integrazione tra politiche di settore, scelte finanziarie di sostegno alle sperimentazioni territoriali.

I giovani presentano indubbiamente forti problematicità, ma non vanno considerati come una somma di problemi: essere giovani è un normale passaggio della vita.

I giovani sono soggetti di diritti, quindi anche di doveri, e questa consapevolezza deve essere pienamente e responsabilmente assunta dalla comunità adulta.

Occorre restituire ai giovani l'immagine di una comunità adulta responsabile e coerente che li affianca, sostiene ed accompagna nella costruzione di una prospettiva certa e sicura di vita. Ciò comporta lavorare per rinsaldare i legami sociali, offrire opportunità ai giovani, (formative, culturali, lavorative, ecc.) e valorizzarli come risorsa della comunità.

La precarizzazione dell'accesso al lavoro e la sua instabilità, limitano le prospettive di autonomia nel progetto di vita e nel passaggio all'età adulta, condizionano l'atteggiamento rispetto all'assunzione di responsabilità, comprese quelle genitoriali e possono incidere sui comportamenti individuali rischiando di portare a stili di vita non adeguati.

Promuovere "politiche giovanili" significa coordinare e rendere coerenti tutti gli interventi messi in atto da soggetti diversi (Comuni, AUSL, Scuole, Associazionismo...) e da diversi settori della pubblica amministrazione (formazione, lavoro, politiche sociali, salute, cultura, sviluppo del territorio ecc.) e superare il concetto di prevenzione a favore del concetto di partecipazione, anche come risposta ad una domanda nuova di "senso" della appartenenza sociale, non formale, che proviene dai giovani ed ha bisogno di risposte adeguate, anche in termini di riorganizzazione dell'offerta.

L'intreccio tra diversi settori di intervento e servizi che incontrano i giovani e la molteplicità di soggetti che, a diverso titolo, lavorano con o per i giovani, richiede un coordinamento con e tra le diverse istituzioni, a partire da quelle locali, con e tra i diversi soggetti che animano le comunità locali.

I servizi per i giovani devono coerentemente garantire tutela dei diritti, riduzione delle disuguaglianze, promozione di autonomia e responsabilità, sostegno, sviluppo di opportunità, facilità di accesso. L'organizzazione dei servizi deve fondarsi su multidisciplinarietà, ascolto, prossimità, flessibilità.

Tra i luoghi delle nostre città, luoghi dell'incontro e della notte, ci sono anche quelli caratterizzati dalla presenza del fenomeno prostitutivo e, all'interno di questo, della tratta per fini di sfruttamento sessuale, che coinvolge oggi in modo quasi esclusivo persone straniere. Affrontare questo tema significa fare i conti con le costanti e rapidissime modificazioni che influiscono sui servizi e gli interventi degli operatori di strada fino a mettere in crisi ruoli, strategie, senso e confini della propria azione.

3.1 Contesto attuale

I giovani tra i 15 e i 25 anni residenti in Emilia-Romagna al 1/1/2006 sono 382.895 pari al 9,1% della popolazione.

Nel prossimo decennio si stima un aumento di un punto percentuale delle fasce di popolazione giovanile, verosimilmente imputabile per una parte significativa, ai giovani figli di immigrati.

Dall'inizio degli anni '90 ad oggi, anche in Emilia-Romagna, si sono verificate trasformazioni sociali ed economiche imponenti, che propongono scenari finora inediti anche in riferimento alle giovani generazioni:

- crisi di fiducia verso le istituzioni, legami sociali e generazionali indeboliti;
- forme di disagio sociale non più definibili secondo le categorie interpretative tradizionali. Il disagio infatti aumenta nelle famiglie e nei giovani "normali" e comprende non solo gli esiti più estremi (abbandono scolastico, comportamenti problematici come bullismo, aggressività, violenza, abuso di sostanze, disturbi del comportamento alimentare ecc.) ma anche quelli più silenti (demotivazione, disaffezione, smarrimento, passività, scarsa autonomia di giudizio e di condotta, consumismo esasperato, ricerca di sicurezza tramite sottomissione a modelli e sostanze che si presentano forti);
- diffusione di comportamenti giovanili a rischio;
- fenomeni di tratta e di sfruttamento della prostituzione femminile che riguardano in modo crescente giovanissime provenienti in particolare dall'est Europa. All'interno di questo scenario si registrano due elementi di cambiamento che coinvolgono persone minorenni: quello della prostituzione al chiuso, soprattutto negli appartamenti, di giovanissime straniere che le organizzazioni criminali riservano ad una clientela "selezionata" e l'affacciarsi della prostituzione maschile, quasi esclusivamente di minorenni stranieri, non necessariamente vittime di forme di sfruttamento e coercizione. Lo spostamento della prostituzione al chiuso tende a trasformare la strada da tradizionale luogo di visibilità, di conflittualità con la cittadinanza ma anche di azione per gli operatori sociali a luogo di "invisibilità", dove le persone che si prostituiscono rimangono per periodi di tempo sempre più brevi, sia per gli spostamenti da una zona all'altra, sia perché la strada sta diventando solo il luogo del contatto, della possibilità di ampliare il portafoglio-clienti;
- consumo e abuso di sostanze illegali, facilmente reperibili ed accessibili e di alcol. I consumatori di sostanze aumentano, hanno un'età sempre più bassa (13 anni il primo contatto con l'alcol, 16 anni il primo contatto con sostanze illegali), sono spesso policonsumatori di cocaina e psicostimolanti associati a cannabis ed alcool, anche se si assiste ad una ripresa dei consumi di eroina tra i giovanissimi che usano le sostanze a fini ricreazionali e prestazionali. L'uso di sostanze psicostimolanti porta spesso a condotte aggressive e ad alta incidentalità stradale. Molti consumatori, in particolare i più giovani, hanno scarsa consapevolezza e sottovalutano i rischi derivanti dal policonsumo ed, in generale, dai propri comportamenti;
- sempre più significativa è la presenza dei giovani immigrati di seconda generazione e la conseguente crescente fisionomia multietnica del mondo giovanile introduce nuovi bisogni ma anche nuove risorse;
- molto positiva è la diffusa presenza di giovani nel volontariato e nel Servizio civile e la disponibilità alla relazione con operatori (ad esempio gli operatori di strada, dei Centri giovanili, degli Spazi giovani ecc.) percepiti come affidabili e non giudicanti.

Nell'ultimo decennio, anche grazie al sostegno di finanziamenti dedicati (L. 285/1997, L. 18 febbraio 1999, n. 45 (Disposizioni per il Fondo nazionale di intervento per la lotta alla

droga e in materia di personale dei Servizi per le tossicodipendenze), L.R. 25 giugno 1996, n. 21 (Promozione e coordinamento delle politiche rivolte ai giovani), Fondo sanitario regionale), gli Enti locali e le AUSL, in collaborazione con il Terzo settore, hanno progettato ed attuato numerosi interventi ed istituito servizi territoriali destinati ad adolescenti e giovani e finalizzati alla valorizzazione dei giovani come risorsa per la comunità, alla promozione dell'agio e del benessere, alla valorizzazione delle forme di partecipazione e di cittadinanza attiva. Nei Piani sociali di Zona i bisogni più segnalati in questa area sono stati quelli di luoghi e occasioni di socializzazione e di servizi ed interventi nei luoghi di vita dei giovani; l'integrazione maggiormente ricercata è stata quella con la scuola e gli interventi attivati sono stati per la maggior parte relativi a progetti concordati con le scuole, al potenziamento delle attività dei centri giovanili (con una accresciuta attenzione al supporto a situazioni problematiche da affrontare in rapporto con i Servizi sanitari), dell'attività di strada con i gruppi giovanili e nei luoghi del divertimento.

3.2 Obiettivi e azioni

L'approccio con i giovani richiede percorsi di contatto e presa in carico specifici, adeguati ad una realtà complessa, multiforme e non codificabile attraverso i modelli interpretativi dei servizi tradizionali.

La modalità operativa che si è rivelata più appropriata è quella riconducibile alle "funzioni di prossimità" cioè azioni di contatto messe in atto da operatori debitamente formati, che, utilizzando un approccio comunitario, stanno nei luoghi di vita delle persone (scuole, strade, piazze, aree verdi, centri di aggregazione, locali notturni e luoghi del loisir in genere, bar ecc.) e raggiungono gruppi che in genere non accedono ai servizi, offrendo informazione finalizzata a ridurre i rischi ed i danni sanitari, ascolto, supporto educativo e, contemporaneamente, ricevere informazioni aggiornate sugli stili di vita, non reperibili in altri contesti.

Lo scopo è quello di promuovere i dispositivi di protezione individuale, attivare le risorse formali ed informali della Comunità locale e, dove vi siano situazioni di difficoltà o di urgenza, stimolare la domanda di aiuto, supportare la motivazione, attivare accompagnamenti ai servizi del territorio.

Nei diversi ambiti e servizi esistenti (Spazi giovani dei Consultori, Centri di ascolto, Centri giovanili, ecc.) le funzioni di prossimità possono realizzarsi sia attraverso azioni e progetti specifici, sia con il coordinamento di professionalità e servizi diversi per mandato e provenienza (educativi, sociali e sanitari, pubblici e del privato sociale). Possono altresì essere realizzate in servizi con una propria organizzazione e con équipe dedicate e formate, come le Unità di strada. In Emilia-Romagna si sono sviluppate numerose esperienze di Unità di strada, sia riconducibili a finalità sociali-educative-animative (Centri giovanili, attività con gruppi informali) che di riduzione del danno socio-sanitario (dipendenze, marginalità, prostituzione).

Partendo dai bisogni degli adolescenti gli Spazi giovani dei Consultori, grazie alla presenza di operatori provenienti da servizi diversi ed alla propensione al lavoro in équipe hanno sperimentato percorsi assistenziali integrati tra Consultorio, Sert, Neuropsichiatria infantile, Salute mentale, Pediatria di comunità che hanno consentito di riconoscere precocemente e prendere in carico situazioni a rischio e problematiche, non sempre riferite all'area della sessualità. Occorre migliorarne ulteriormente la qualità, con azioni di aggiornamento e formazione degli operatori e di promozione di conoscenza presso i giovani e gli adulti di riferimento, applicando politiche di gratuità degli interventi

per facilitare l'accesso anche oltre il 19° anno di età. A livello distrettuale nel prossimo triennio dovranno essere individuati i percorsi assistenziali integrati specifici, con particolare attenzione all'accesso soprattutto dei ragazzi e delle ragazze in condizione di svantaggio culturale, sociale e familiare, condizioni che possono determinare disuguaglianze di salute importanti, soprattutto in questa fascia d'età.

Le funzioni di prossimità rivolte alle persone che si prostituiscono devono svolgersi nei luoghi in cui si realizza il fenomeno sociale rispetto al quale si intende fornire una risposta, anche a bassa soglia, di riduzione del rischio, e le figure professionali devono essere sostenute ed accompagnate nella elaborazione ed attuazione di nuove strategie di intervento.

Tra le azioni da attivare si segnalano:

- sperimentazione di nuove strategie di aggancio ed attivazione degli interventi di prevenzione socio-sanitaria al chiuso (appartamenti, night club, etc.);
- potenziamento delle collaborazioni con le forze dell'ordine con l'obiettivo, ciascuno per le proprie competenze, di potenziare l'efficacia degli interventi;
- avvio di un lavoro di sensibilizzazione sul cliente che, in relazione ai mutamenti del fenomeno, si configura come vera e propria risorsa per la lotta alla tratta;
- qualificazione dei percorsi di protezione e integrazione sociale che devono essere oggi sempre più diversificati e individualizzati, tarati sulla persona e sui nuovi bisogni di cui questa è portatrice.

Obiettivo del triennio è sviluppare e dare stabilità alle funzioni di prossimità, come prima porta di accesso al sistema dei servizi.

In particolare nel triennio ogni Distretto deve:

- disporre di Unità di strada rivolte ai giovani e collegate agli altri servizi di prossimità e specialistici;
- consolidare, nell'ambito di accordi con le Istituzioni scolastiche, la presenza nelle scuole medie superiori di operatori dei servizi, anche di prossimità, con funzione di "sportello informativo" per gli studenti e di supporto agli insegnanti;
- consolidare e mettere in rete i servizi e gli interventi di prossimità rivolti ai giovani ed agli adulti di riferimento.

In ogni Distretto devono essere organizzati servizi per i giovani, i loro contesti e gli adulti di riferimento che siano facilmente accessibili, attraenti, non connotati in senso specialistico ma fortemente qualificati dal punto di vista delle competenze, a cui devono concorrere operatori provenienti da servizi diversi, pubblici e del Privato sociale. Tali servizi devono essere fortemente collegati ai servizi di prossimità ed in grado, se necessario, di realizzare essi stessi forme di contatto nei luoghi di vita dei giovani. E' inoltre fondamentale che favoriscano, al bisogno, l'accesso ai servizi specialistici e forme adeguate di accompagnamento.

Almeno nei Comuni capoluogo devono essere attivi interventi e servizi di strada e a bassa soglia di accesso finalizzati alla riduzione del danno per consumatori e dipendenti da sostanze e per persone che si prostituiscono.

La Regione sostiene i progetti e gli interventi basati sulla partecipazione come presupposto, strategia e obiettivo delle attività con i giovani.

Inoltre sostiene l'attivazione di Unità di strada e di interventi innovativi adeguati al mutamento dei fenomeni e la sperimentazione di sistemi a rete comprendenti interventi e

servizi di prossimità e servizi specialistici, gestiti dal Pubblico e/o in collaborazione con il privato sociale.

Per quanto riguarda il tema dei consumi e delle dipendenze si rimanda agli indirizzi di cui alla DGR 1533/2006 (Approvazione prime linee di indirizzo regionali in tema di prevenzione e di contrasto del consumo/abuso di sostanze stupefacenti e psicotrope).

La promozione di stili di vita sani richiede comunicazione ed informazione finalizzata innanzitutto alla promozione di una coscienza critica nei confronti dei consumi, alla crescita della consapevolezza di sé e del rischio, della propria responsabilità e della capacità di scegliere. L'informazione per essere efficace deve raggiungere, oltre ai giovani, anche tutte le persone che sono in contatto con loro ed essere differenziata e mirata a seconda dei luoghi e del target a cui è diretta.

La Regione si impegna a promuovere, in collaborazione con le autorità scolastiche, l'inserimento dell'educazione alla salute ed a stili di vita sani tra le attività curricolari e ad attuare con continuità campagne di comunicazione ed informazione rivolte ai giovani.

Una sfida di particolare interesse per una cultura integrata delle politiche è la crescente fisionomia multi-etnica del mondo giovanile che propone nuovi obiettivi ai Servizi con l'esigenza di approcci interculturali nella programmazione degli interventi, con particolare attenzione alle problematiche degli stranieri di "seconda generazione". L'aumento di giovani stranieri richiede aumento di conoscenze/competenze agli operatori di base e specialistici per migliorare l'accesso e le prestazioni dei servizi. Deve essere affrontato anche il tema della presa in carico di giovani stranieri con problemi di giustizia. La definizione di progetti ri-educativi personalizzati deve utilizzare le risorse sia dei servizi specialistici sanitari che dei servizi sociali di accoglienza e di integrazione.

Un'ottica di integrazione, con al centro l'obiettivo di condividere l'investimento sulle risorse dei giovani deve avere competenza delle diversità e consapevolezza delle disuguaglianze perché esse modificano l'accesso al sistema delle opportunità e dei servizi e ne condizionano l'efficacia.

Altro tema emergente è quello dei bisogni portati dalle giovani mamme sole, gruppo sociale particolarmente in difficoltà a gestire la propria crescita personale ed il ruolo genitoriale, con una carenza obiettiva di risorse.

Un ulteriore ambito di intervento deve essere rivolto alle problematiche dei giovani con disabilità fisica e psichica, per i quali permangono ancora molti ostacoli alla piena integrazione. Vanno potenziate le forme di sostegno stabile alla continuità scolastica ed all'integrazione sociale e lavorativa, anche al compimento della maggiore età.

Particolare attenzione va rivolta alla disabilità acquisita a seguito di incidenti stradali.

In tutti i servizi ed interventi per i giovani vanno superati gli elementi di rigidità in relazione all'età di riferimento, alle professionalità ed all'organizzazione del lavoro. Le soluzioni organizzative devono essere orientate ad affrontare i bisogni ed i problemi sulla base delle competenze e del coinvolgimento di tutti i soggetti interessati, indipendentemente dai servizi di appartenenza. Ove necessario, va garantita continuità di interventi, prestazioni e cura e di operatori di riferimento, anche al raggiungimento della maggiore età.

Il Servizio Civile scelto volontariamente dai giovani d'età compresa tra i 18 e i 28 anni è uno strumento da valorizzare quale opportunità di cittadinanza, di partecipazione attiva, positiva e nonviolenta per tutte le categorie di giovani (studenti, non occupati e lavoratori) e in grado di coinvolgere giovani appartenenti a differenti contesti sociali e con diverse abilità possedute.

Con la L.R. 20 ottobre 2003, n. 20 (Nuove norme per la valorizzazione del servizio civile. Istituzione del servizio civile regionale. Abrogazione della L.R. 28 dicembre 1999, n. 38), la Regione ha esteso l'accesso al Servizio civile regionale ai minorenni, agli adulti/anziani ed ai giovani stranieri e ne sostiene il valore aggiunto di rafforzare la coesione sociale, offrendo occasioni per verificare, nei fatti e "sporcandosi le mani", i valori intergenerazionali e interculturali.

I Coordinamenti provinciali degli Enti di servizio civile (Co.Pr.E.S.C.), di cui all'art. 16 della richiamata L.R., sono i luoghi di raccordo e condivisione per dare vita ad un servizio civile costruito vicino ai territori e alle comunità, in quanto "bene pubblico", ossia bene collettivo che appartiene allo stesso tempo a chi lo svolge, a chi lo organizza e al territorio che lo promuove e ne beneficia.

CAPITOLO 4

ANZIANI

- **Premessa**

L'invecchiamento della popolazione rappresenta una importante conquista e al tempo stesso una sfida per la società regionale, che richiede un nuovo approccio integrato che affronti insieme i problemi assistenziali, dell'abitare, del muoversi, dei servizi, della cultura, del tempo libero e del turismo; in sintesi della qualità generale del vivere. Questo mutamento è oggi prioritario per rendere maggiormente efficaci le politiche di settore, chiamate ad una ridefinizione a partire da questo obiettivo generale, asse portante del Piano di azione per la comunità regionale "Una società per tutte le età: invecchiamento della popolazione e prospettive di sviluppo", approvato con DGR 2299/2004.

Nell'ambito delle politiche sociali e sanitarie è quindi importante tracciare alcune linee specifiche di indirizzo per orientare la programmazione dei servizi e degli interventi sul territorio e, contemporaneamente, promuovere una cultura diffusa, volta alla valorizzazione del ruolo delle persone anziane, al rafforzamento delle reti sociali e delle opportunità di aggregazione e di relazione, allo sviluppo dei rapporti intergenerazionali, favorendo in particolare la promozione di stili di vita sani, solidali, ricchi di relazione nel corso di tutta la vita; il sostegno delle forme aggregative e la prevenzione attiva delle conseguenze sociali e relazionali legate alla condizione di solitudine, fragilità e di non autosufficienza.

4.1 Contesto attuale: aspetti demografici e stato di salute della popolazione anziana

Nella regione Emilia-Romagna tale processo è particolarmente accentuato. All'1.1.2007 la popolazione ultrasessantacinquenne ha raggiunto 961.323 unità (22,8%), la popolazione ultrasettantacinquenne 481.575 unità (11,4%), la popolazione ultraottantenne 283.791 unità (6,7%). Nei prossimi anni tali fasce aumenteranno sia in termini assoluti che in percentuale sul totale della popolazione.

L'invecchiamento è caratterizzato da profondi mutamenti non solo quantitativi ma anche qualitativi, ai quali è necessario porre attenzione a tutti i livelli. E' necessario sviluppare interventi ed azioni sociali e sanitarie in grado di aumentare gli anni in buona salute degli anziani e di prevenire le disabilità che creano la non autosufficienza.

Occorre individuare, inoltre, le soluzioni assistenziali con il migliore gradimento e il migliore rapporto costo efficacia. Lo stato di salute della popolazione anziana è condizionato dalla presenza di malattie cronico degenerative che caratterizzano in modo permanente le condizioni di salute e la qualità di vita della persona. La presenza di pluripatologie aumenta con l'età e peggiora gli indici di qualità di vita percepita dall'anziano.

4.2 Obiettivi e azioni

- **Informazione, accesso, relazioni, comunicazione**

L'invecchiamento della popolazione pone un problema generale a tutti i servizi rivolti ai cittadini. Da questo punto di vista anche per i servizi sociali e per quelli sanitari si pone l'esigenza di una più attenta valutazione, in termini di informazione, accesso, modalità di

comunicazione e di relazione, di organizzazione dei servizi. Ogni azione di pianificazione delle attività di informazione, accesso, relazione, comunicazione, organizzazione deve tenere conto delle specifiche esigenze delle persone anziane, anche valutando le particolari problematiche collegate alle differenze di genere.

➤ **Assicurare la promozione della salute e la prevenzione delle disabilità nell'anziano**

Promuovere attivamente la salute degli anziani rappresenta sicuramente uno degli obiettivi principali, sia per le ricadute complessive sul benessere delle persone, sia per il minore carico assistenziale e di cura connesso. Esistono evidenti prove scientifiche dell'importanza di corretti stili di vita e delle conseguenze degli stessi sulle condizioni di salute degli anziani. La adozione di programmi e di azioni a favore della popolazione anziana fragile ed a rischio di fragilità rappresenta l'altra linea di condotta da sviluppare a livello distrettuale.

➤ **Sviluppare la domiciliarità, valorizzare il lavoro di cura e sostenere le famiglie**

Il raggiungimento di tale obiettivo passa attraverso le seguenti azioni:

- innovare e qualificare i servizi di assistenza domiciliare, al fine di garantire maggiore estensione, flessibilità e capacità di copertura dei bisogni, garantendo la messa in rete con i servizi e le opportunità presenti nelle comunità locali. In questo quadro è opportuno qualificare ulteriormente l'integrazione socio-sanitaria nell'assistenza domiciliare promuovendo uno specifico programma regionale. Sino all'approvazione dello stesso programma mantengono valore le disposizioni di cui al comma 1 e 2 dell'art. 21 della L.R. 5/1994;
- consolidare, qualificare e sviluppare la misura dell'assegno di cura attraverso l'ampliamento del numero dei beneficiari, una maggiore garanzia di continuità d'intervento e una più elevata integrazione con gli altri servizi della rete;
- diffondere e consolidare la sperimentazione di soluzioni innovative di residenzialità protetta quali ad esempio gli "alloggi con servizi", per ampliare le possibilità di mantenimento a domicilio anche di coloro che necessitano di assistenza e cure;
- sviluppare il ruolo di sostegno delle strutture residenziali per le famiglie che assistono anziani a domicilio, prevedendo una adeguata dotazione di posti complessivi delle strutture residenziali destinati a ricoveri temporanei e di sollievo;
- qualificare il lavoro di cura delle assistenti familiari, promuovendo su tutto il territorio regionale la diffusione ed il consolidamento delle esperienze più significative condotte e garantendo servizi di informazione, ascolto, consulenza e aggiornamento, sia per i familiari che per le assistenti, accanto ad una funzione di tutoring per piccoli gruppi di assistenti familiari, con l'obiettivo di mettere e integrare questa importante e diffusa realtà nella rete dei servizi;
- garantire a familiari e care-givers servizi di sostegno omogenei in tutto il territorio regionale: percorsi e strategie informative efficaci, interventi terapeutici, servizi di sollievo, aiuto nell'assistenza, supporto economico, l'offerta di punti di ascolto, di momenti di consulenza, di attività di piccoli gruppi e di gruppi di sostegno e/o di auto-aiuto. Occorre potenziare i servizi attuali e adoperarsi per garantirne di nuovi per dare soluzione a problemi come l'ansia di fronte alla diagnosi, alla prospettive prognostiche, alla fatica derivante dall'assistenza, alla mancanza di tempo per se stessi, alla difficoltà di prendere decisioni per altri, alla mancanza di reciprocità nella relazione.

➤ **Ridisegnare la rete dei servizi per le persone non autosufficienti secondo un sistema di cure gradualmente nell'ambito del Distretto**

I mutamenti della struttura familiare, il mutamento dei bisogni della popolazione anziana e la diffusione del ricorso da parte delle famiglie al lavoro di cura di assistenti familiari in prevalenza straniera, richiedono un profondo ripensamento all'articolazione dei servizi della rete per anziani, in riferimento alle specificità dei territori.

Particolare attenzione deve inoltre essere posta al tema dell'accesso alla rete, mediante la promozione di azioni volte alla semplificazione dei percorsi, alla diffusione dell'informazione e alla valorizzazione della figura del responsabile del caso.

Le principali direttrici di azione sono:

- garantire risposte alle diverse esigenze delle persone anziane e delle loro famiglie attraverso modalità organizzative flessibili ed innovative;
- promuovere la qualificazione dell'attività dei servizi della rete rivolte ai dementi ed ai loro familiari, anche attraverso una progressiva diffusione e messa a sistema delle sperimentazioni già realizzate nell'ambito del Progetto ministeriale;
- completare, fermi restando gli standard vigenti in termini di posti letto, la rimodulazione della rete distrettuale di assistenza residenziale, nell'ambito dell'attuazione della L.R. 2/2003 e prevedere un adeguamento dell'assistenza nelle strutture residenziali in grado di garantire risposte a diversi bisogni con diverse intensità di cure, per dare risposte articolate e flessibili sia per la temporaneità che per la permanenza prolungata. In tale contesto occorre concludere in tempi definiti il processo di omogeneizzazione tra casa protetta e RSA. Sino alla data di adozione dell'atto amministrativo che realizza compiutamente questo obiettivo, restano in vigore le disposizioni del comma 6 dell'art. 24 della L.R. 5/1994;
- promuovere un programma di qualificazione delle strutture residenziali, che sarà esplicitamente definito con successivi atti, per garantire più elevati standard prestazionali e di sicurezza ed una maggiore personalizzazione dei programmi assistenziali assicurata all'interno delle stesse strutture, orientato all'obiettivo del benessere complessivo degli ospiti.

➤ **Sperimentare servizi e interventi rivolti a rispondere a nuovi bisogni**

Nel corso degli ultimi anni l'attenzione dei sistemi locali si è concentrata sui servizi per anziani non autosufficienti. L'accesso a questi servizi spesso è richiesto quando le condizioni di non autosufficienza, ma soprattutto le possibilità di tenuta della rete familiare e solidale sono consumate.

Anche in considerazione dei futuri scenari demografici, alla previsione di molti anziani con alle spalle un numero di familiari ridotto o addirittura senza familiari, è necessario sperimentare nuove forme di relazione e sostegno, capaci per lo meno di arricchire e completare ciò che i sistemi locali sono in grado di offrire oggi.

In questa prospettiva si propongono i seguenti terreni di sperimentazione:

- contrastare la solitudine e costruire una rete di contatto attivo e di sostegno con un'ampia fascia di popolazione anziana in condizioni di fragilità, che rappresenta un elemento di forte criticità quando condizioni diverse, spesso di emergenza, alterano l'equilibrio personale, relazionale e/o sociale. Ogni ambito territoriale distrettuale deve dotarsi di uno specifico programma, capace di assicurare il monitoraggio,

l'informazione mirata, il sostegno, il contatto ed anche interventi in caso di emergenza per la popolazione anziana fragile ed isolata;

- sostenere le forme aggregative e valorizzare ed innovare l'esperienza dei centri sociali autogestiti, in considerazione delle caratteristiche anche dei nuovi anziani;
- sviluppare interventi e servizi a bassa soglia e ad alta capacità di contatto, prima che il bisogno giunga a livello di alta complessità, facendo perno sulla valorizzazione delle risorse individuali di ogni anziano quale risorsa fondamentale per il mantenimento del più alto livello possibile di autonomia. La diffusione di centri di aggregazione, di luoghi nei quali passare del tempo e consumare insieme il pasto, senza configurarsi come servizi assistenziali può rappresentare un terreno di iniziativa e collaborazione con le risorse locali ad iniziare dal volontariato. Per quanto riguarda l'area delle demenze, per esempio, sviluppare e diffondere esperienze tipo gli "Alzheimer Caffè";
- anche il consolidamento dei servizi di telesoccorso e di teleassistenza e la strutturazione di servizi di telefonia sociale attiva sono strumenti utili per avviare nuove forme di contatto e di ascolto di bisogni di una parte della popolazione anziana oggi non sempre ascoltata. In questo quadro è opportuno richiamare la necessità di valorizzare interventi ed azioni di sostegno ai servizi di prossimità, sviluppando esperienze di portierato sociale o del custode sociale, evitando i rischi di eccessiva istituzionalizzazione di questi ruoli;

➤ **Sostenere nuove forme di convivenza: "vivere insieme".**

La possibilità che persone adulte senza vincoli di parentela possano decidere di abitare insieme in piccole gruppi o comunità può rappresentare una risorsa da incentivare.

CAPITOLO 5

PERSONE CON DISABILITA'

- **Premessa**

Nel corso degli ultimi 30 anni, i processi di de-istituzionalizzazione, integrazione scolastica e lavorativa, così come la costruzione di una rete locale di servizi sociali e sanitari hanno contribuito a migliorare notevolmente la qualità della vita delle persone disabili e la loro capacità di partecipare attivamente alla vita sociale. A fronte di tali progressi, oggi la qualità dell'integrazione si misura, non più sul soddisfacimento dei bisogni assistenziali primari, che devono essere considerati diritti ormai acquisiti, quanto piuttosto sulla completa affermazione dei principi di autonomia, indipendenza, piena ed effettiva partecipazione e inclusione all'interno della società, che la stessa "Convenzione sui diritti delle persone con disabilità" ha recentemente ribadito. A fronte di tali bisogni, le politiche regionali per l'integrazione sociale delle persone con disabilità sono finalizzate alla costruzione di un sistema di servizi ed interventi capace di fornire risposte ai bisogni della persona in termini unitari, globali, integrati e flessibili. L'obiettivo principale è dare piena attuazione a quanto previsto dalla L. 5 febbraio 1992, n. 104 (Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate), legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone in situazione di handicap ed ai principi e finalità ai quali essa si ispira. In particolare, la L. 104/1992 promuove un'attenzione complessiva all'intero progetto di vita della persona, propone una visione unitaria dei suoi bisogni e ne promuove la piena partecipazione nei principali ambiti della vita sociale (famiglia, scuola, lavoro e società). Il sistema regionale delle politiche per il superamento dell'handicap si è infatti sviluppato a partire dai quattro ambiti fondamentali della salute, della formazione, del lavoro e della cittadinanza sociale, per poi estendersi a tutti i principali ambiti di partecipazione alla vita sociale, così come richiamati anche dalla L. 104/2002. Il progetto individuale (art. 7, L.R. 2/2003 e art. 14, L. 328/2000) che deve oggi essere garantito alle persone con disabilità dal sistema complessivo dei servizi sanitari, formativi, sociali e per il lavoro, a partire dalla comparsa della disabilità in una famiglia (nascita, infanzia, adolescenza, età adulta) e dalla necessità di una corretta e completa comunicazione delle caratteristiche (sanitarie, psicologiche, assistenziali, etc.) e specifiche competenze necessarie agli adulti di riferimento (genitori, operatori sanitari, sociali, scolastici, etc.) per l'accudimento nei diversi contesti di vita (domicilio, scuola, etc.), esso deve pertanto essere articolato in progetti e percorsi specifici: 1) percorsi di diagnosi, cura e riabilitazione; 2) progetto educativo individuale per l'integrazione scolastica; 3) progetto assistenziale individuale; 4) progetto per l'integrazione lavorativa. Per il settore socio-sanitario il principale obiettivo è favorire l'autonomia e la vita indipendente delle persone con disabilità, con particolare riferimento al sostegno alle scelte di permanenza al proprio domicilio delle persone in condizioni di non autosufficienza o con limitata autonomia. La partecipazione del privato sociale e più in generale della comunità locale alla programmazione e costruzione delle risposte, la valorizzazione del ruolo attivo delle famiglie e delle stesse persone disabili ed infine l'integrazione organizzativa e professionale sono i principali strumenti per perseguire tali finalità.

5.1 Contesto attuale

Nel gennaio 2006 erano 46.000 le persone con un'età inferiore ai 65 anni che percepivano prestazioni assistenziali per invalidi civili, ciechi o sordomuti. Sono invece

11.227, pari al 2,1% della popolazione scolastica regionale complessiva, gli alunni certificati con disabilità; questi rappresentano quasi un terzo dei circa 36.000 minori (6% della popolazione target) seguiti annualmente dai Servizi della neuropsichiatria dell'infanzia e della adolescenza (NPIA) delle Aziende USL.

Sul versante sociale, il sistema regionale risulta attualmente articolato, anche se in modo non ancora omogeneo, nei seguenti servizi e prestazioni che rappresentano i servizi utilizzabili per la formulazione di progetti personalizzati:

- segretariato sociale e altri servizi di informazione e consulenza per l'accesso alla rete integrata dei servizi ed in generale a tutte le opportunità, servizi ed interventi previsti dalla legislazione vigente, anche in settori diversi da quello sociale;
- servizio sociale professionale per prestazioni di consulenza, presa in carico e progettazione personalizzata, monitoraggio sui casi, lavoro sociale di rete e prestazioni professionali all'interno delle Unità di valutazione multidimensionale e delle Commissioni di accertamento;
- servizi educativi territoriali per favorire l'integrazione scolastica, la formazione professionale e l'integrazione lavorativa;
- servizi di promozione della socialità quali i Servizi di aiuto alla persona previsti dalla L.R. 21 agosto 1997, n. 29 (Norme e provvedimenti per favorire le opportunità di vita autonoma e l'integrazione sociale delle persone disabili), attività educative e ricreative, soggiorni e vacanze;
- interventi per favorire l'inclusione sociale e l'autonomia personale attraverso contributi economici per la mobilità pubblica e privata e contributi e servizi di informazione e consulenza per l'adattamento dell'ambiente domestico;
- assegno di cura e di sostegno per la vita indipendente e la permanenza nel proprio ambiente domestico e familiare (art. 12 della L.R. 2/2003 e DGR 1122/2002);
- assistenza domiciliare con finalità di aiuto domestico e familiare, assistenza e cura alla persona, sostegno socio - educativo, promozione e sostegno per i care-giver e per il mantenimento dei legami sociali e familiari;
- servizi di pronto intervento sociale per rispondere temporaneamente a bisogni primari del singolo e della famiglia a fronte di eventi eccezionali o particolari;
- centri e servizi socio - occupazionali diurni con finalità di inserimento lavorativo protetto o di transizione al lavoro per persone con disabilità medio - gravi e gravi;
- centri socio-riabilitativi diurni con finalità assistenziali, educative, di socializzazione, cura e riabilitazione per persone in situazione di handicap grave e gravissimo;
- alloggi con servizi e piccoli gruppi appartamento con finalità abitative per il sostegno di progetti di vita indipendente e per il "dopo di noi" per persone con disabilità più lievi e con livelli di autosufficienza e autonomia personale tali da non richiedere una presa in carico continua, ma servizi di supporto ed una supervisione educativa occasionale;
- comunità alloggio con finalità assistenziali, educative e di socializzazione per persone con disabilità medio-gravi che richiedono una presa in carico sulle 24 ore, rimaste prive della famiglia (Dopo di Noi) o senza il necessario supporto familiare;
- centri socio-riabilitativi residenziali con funzioni assistenziali, educative, di socializzazione, cura e riabilitazione per le persone in situazione di handicap di maggiore gravità che richiedono una presa in carico sulle 24 ore, rimaste prive della famiglia (Dopo di Noi) o senza il necessario supporto familiare.

L'articolo 7 della L.R. 2/2003 prevede per i bisogni complessi: 1) l'intervento di diversi servizi o soggetti; 2) l'attivazione di strumenti tecnici per la valutazione multidimensionale; 3) la predisposizione del programma assistenziale individualizzato.

5.2 Obiettivi e azioni

➤ **Sviluppare e qualificare l'organizzazione della rete dei servizi socio-sanitari**

La presenza di bisogni complessi e la conseguente necessità di assicurare percorsi integrati di natura socio-sanitaria, così come l'implementazione del Fondo per la non autosufficienza, comportano l'introduzione di una logica di sistema e l'avvio di un processo di qualificazione della rete dei servizi - offerti e diversificati per le diverse fasce di età (dall'infanzia alla vecchiaia) - articolato in tre direzioni principali:

- La costituzione di strutture multi professionali sociali e sanitarie integrate che assicurino la continuità della presa in carico e l'affiancamento della famiglia e della persona con disabilità nel percorso di vita, con una chiara definizione della figura responsabile di riferimento; sul versante dell'accesso e presa in carico deve essere affrontato il tema della sperimentazione e definizione di strumenti condivisi per la valutazione dei bisogni, nonché la definizione di percorsi personalizzati in relazione alle diverse tipologie di deficit e livelli di gravità;
- sul versante della programmazione e gestione della rete devono essere ridefinite le diverse tipologie di servizio che compongono la rete, in particolare attraverso la formulazione di criteri uniformi di programmazione e la ridefinizione dei requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento, al fine di assicurare in ogni ambito distrettuale l'erogazione di livelli uniformi di assistenza;
- sul versante del governo della spesa è già stata avviata un'analisi della spesa sostenuta nei diversi ambiti distrettuali per le diverse tipologie di servizio, che dovrà essere completata da una verifica dei costi e delle tariffe sostenuti nei diversi ambiti territoriali, in modo tale da poter disporre dei dati di conoscenza necessari alla futura definizione e revisione dei sistemi di finanziamento (integrazione socio-sanitaria, compartecipazione da parte dell'utente e Fondo per la non autosufficienza).

➤ **Promuovere la qualità e l'integrazione tecnico professionale**

Se nella prima fase di sviluppo della rete dei servizi gli obiettivi principali sono stati la deistituzionalizzazione e il decentramento territoriale degli interventi, oggi tali obiettivi vanno coniugati con l'esigenza di garantire anche una maggiore specializzazione tecnico professionale sulle specifiche tipologie di deficit e disabilità. Devono dunque essere garantiti percorsi ad integrazione socio-sanitaria dedicati a specifici deficit o disabilità, anche attraverso l'adozione di strumenti tecnici di diagnosi e valutazione (quali ICD-10 e ICF), nonché attraverso linee guida ed indirizzi regionali, così come è già stato fatto per l'autismo, le gravi cerebrolesioni e le disabilità acquisite. A tal fine devono essere promosse specifiche iniziative di formazione e aggiornamento per gli operatori sociali, in modo tale da promuovere e garantire nel settore sociale competenze specifiche sulla disabilità, e sulle specifiche tipologie di risposte ai bisogni delle diverse fasce di età (prima infanzia, bambini, adolescenti, giovani, adulti, anziani), anche attraverso forme adeguate di gestione di ambito distrettuale, per poter così meglio dialogare con i servizi sanitari (NPIA, DSM, servizi di riabilitazione, cure primarie) ove, in prevalenza, sono già definiti i requisiti specifici di accreditamento e gli standard locali dei principali processi clinico-assistenziali (prodotti).

➤ **Partecipazione alla programmazione, lavoro sociale di rete e di comunità**

Come sottolinea anche lo slogan del movimento per i diritti delle persone con disabilità "nulla su di noi senza di noi", la partecipazione alla programmazione da parte delle associazioni di rappresentanza delle persone disabili e delle loro famiglie, così come della cooperazione sociale e delle organizzazioni di volontariato, rappresenta un elemento da promuovere e favorire su tutto il territorio regionale per assicurare un adeguato sviluppo del welfare nella comunità.

Allo stesso modo, le persone con disabilità e le loro famiglie sempre più spesso dimostrano una grande capacità di affrontare e risolvere gran parte dei problemi legati alla disabilità, soprattutto se adeguatamente sostenute dagli operatori professionali. La famiglia che ospita una persona disabile deve pertanto essere considerata una famiglia normale, che oltre ad avere bisogno di supporto, ha anche dei punti di forza e delle risorse che vanno sostenute e valorizzate. Anche la L.R. 2/2003 afferma la necessità di sostenere e valorizzare il ruolo non solo del Terzo settore, ma anche delle famiglie e di chi assume compiti di cura, così come l'autonomia e la vita indipendente delle persone con disabilità.

Nella definizione del progetto personalizzato, deve dunque essere promosso il cosiddetto "lavoro sociale di rete" ed una pratica di intervento professionale diretto e finalizzato a sostenere le competenze e le risorse familiari e individuali attraverso interventi quali, ad esempio, l'educazione personale e familiare, il parent training, interventi di sollievo, gruppi di auto mutuo aiuto ed altri interventi psicologici individuali o di gruppo. Allo stesso modo occorre sviluppare servizi diurni e residenziali per interventi di sollievo o emergenza, per necessità familiari temporanee o imprevedibili, anche in continuità con quanto già realizzato in attuazione della L. 21 maggio 1998, n. 162 inerente modifiche alla L. 104/1992 riguardo alle misure di sostegno in favore di persone con handicap grave. Così come occorre consentire al disabile anche grave una vita di relazione e sociale il più possibile piena e indipendente promuovendo lo sviluppo di opportunità relative al tempo libero, valorizzando il ruolo dell'associazionismo e del volontariato, in particolare attraverso il Servizio di aiuto alla persona previsto dalla L.R. 29/1997, anche in continuità con quanto già realizzato in attuazione della L. 162/1998.

➤ **Qualificare gli interventi per i minori con disabilità**

L'emergere di nuovi bisogni e aspettative da parte delle famiglie, così come la riorganizzazione dei Servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e la diversa organizzazione territoriale che stanno assumendo i servizi rivolti ai minori impongono la necessità di ripensare l'organizzazione dei servizi sociali e socio-sanitari per i minori con disabilità al fine di assicurare una presa in carico precoce attraverso:

- la garanzia di affiancamento, ascolto, orientamento a supporto della famiglia dal momento della nascita di un bambino con disabilità,
- la condivisione con la famiglia da parte degli operatori socio-sanitari del progetto di vita per promuovere lo sviluppo delle potenzialità personali, con l'acquisizione o il recupero delle abilità e delle competenze;
- tenuto conto della massima importanza della diagnosi tempestiva dei disturbi evolutivi neuropsichici e della necessaria precocità degli interventi di promozione della salute nei primi anni di vita, deve essere perseguita la messa in rete delle diverse realtà istituzionali (statali, comunali, private) di riferimento per i nidi di infanzia (0-2 anni) e per le scuole dell'infanzia (3-5 anni), che non trovano

attualmente una sede/funzione unificante da proporre quale interfaccia operativa ai servizi sanitari di riferimento nei diversi livelli di programmazione (locale, provinciale/aziendale, regionale).

- il progetto educativo individuale finalizzato all'integrazione scolastica previsto dalla L. 104/1992 che deve essere in stretta relazione con il progetto di vita considerando in modo particolare le fasi di transizione;
- il progetto di vita deve essere finalizzato anche a sostenere il lavoro di cura svolto dalla famiglia e a favorire la partecipazione sociale del minore con disabilità, anche attraverso servizi educativi e per il tempo libero;
- l'adozione di procedure semplificate per l'accertamento dell'invalidità e della situazione di handicap per garantire un accesso tempestivo alle agevolazioni e provvidenze assistenziali.

Occorre pertanto favorire il coordinamento e l'integrazione in ambito zonale dei servizi sanitari, sociali ed educativi finalizzati ai minori in situazione di handicap, anche attraverso specifici piani territoriali di intervento ed accordi di programma di ambito almeno distrettuale. Va altresì considerato che molti degli utenti della NPIA, pur non presentando situazioni di particolare gravità tali da richiedere formali certificazioni di handicap e/o invalidità (di per sé già considerati negli accordi di programma attuativi della L. 104/1992), presentano comunque situazioni di disturbo evolutivo che vanno affrontate congiuntamente dagli stessi servizi sanitari, sociali ed educativi, al fine di prevenire situazioni di grave disagio sociale e/o disturbo mentale nell'adolescente-adulto di domani.

Occorre inoltre assicurare la predisposizione di progetti di uscita programmata dalla scuola dell'obbligo per le situazioni di maggiore gravità in continuità con gli interventi da assicurare in età adulta (prosecuzione degli studi, formazione professionale, assistenza socio-educativa individuale o di gruppo, accoglienza nel centro diurno o residenziale, etc.) ma tenendo in considerazione le specifiche esigenze connesse alle diverse età, in particolare vanno affrontate - insieme agli utenti ed alle loro famiglie - le problematiche connesse al "mentre noi" quando il disabile, ormai adulto, può chiedere e deve usufruire di opportunità di vita indipendente non solo per alleggerire le famiglie del peso assistenziale ma, soprattutto, per un reale diritto ed aspirazione ad una vita autonoma, frutto di responsabili scelte, libere anche dalle influenze dei familiari, coerentemente con le proprie condizioni psico-fisiche.

➤ **Consolidare i programmi territoriali per il "dopo di noi"**

Già da alcuni anni è emersa la necessità di dover garantire una condizione di vita integrata alle persone con disabilità anche gravi che restano prive del sostegno del nucleo familiare. Sta infatti invecchiando la generazione di genitori che per primi fecero la scelta di mantenere i propri figli in famiglia e soltanto recentemente si stanno affermando una cultura ed un'organizzazione sociale capaci di garantire al disabile in età adulta un'uscita programmata e "naturale" dal proprio nucleo familiare di origine. Il tema del "dopo di noi" è vissuto generalmente o da persone con gravi disabilità mentali o plurime nella maggioranza dei casi ospitate nei centri socio-riabilitativi diurni e che oggi hanno superato i 40 anni di età, oppure da persone con disabilità medio - gravi o lievi che fino ad oggi sono vissute in famiglia, anche senza aver voluto o dovuto accedere alla rete dei servizi socio-sanitari a maggiore intensità assistenziale.

E' dunque necessario che in ogni ambito distrettuale sia avviato in modo unitario per l'intera zona sociale uno specifico programma articolato nelle seguenti azioni:

- sperimentare soluzioni abitative autonome e progetti di vita indipendente in

- particolare per le persone con le disabilità più lievi e sufficienti livelli di autonomia;
- sostenere il lavoro di cura delle famiglie con servizi di emergenza e sollievo, nonché con programmi di auto-mutuo-aiuto, sostegno psicologico e promozione delle competenze dei famigliari;
 - promuovere la conoscenza e l'utilizzo da parte delle famiglie di tutte le misure di tutela giuridica oggi disponibili (amministratore di sostegno, fondazione di partecipazione, associazionismo...);
 - garantire ai famigliari serenità e fiducia nei servizi. Per arrivare a ciò occorre favorire la loro partecipazione e quella delle loro associazioni alla realizzazione e progettazione dei servizi e delle strutture residenziali, nonché promuovere la diffusione di forme partecipate di valutazione della qualità dei servizi;
 - garantire una programmazione unitaria della rete dei servizi per le situazioni di maggiore gravità, di ambito almeno zonale, assicurando un rapporto equilibrato tra servizi diurni e residenziali, nonché tra servizi residenziali ad alta e bassa intensità assistenziale.

➤ **Potenziare interventi per le persone con disabilità acquisita**

Una ulteriore sfida che la disabilità sta lanciando sul territorio regionale è rappresentata dai bisogni delle persone in situazione di handicap acquisito in età adulta. Si tratta di situazioni conseguenti a traumi o a patologie quali le mielolesioni o le cerebrolesioni, o a patologie progressivamente invalidanti. Tali patologie possono comportare non soltanto situazioni di totale non autosufficienza, ma anche condizioni che pur essendo di minore intensità assistenziale sono altrettanto complesse perché caratterizzate da deficit plurimi di carattere motorio, cognitivo e comportamentale. Queste persone esprimono bisogni del tutto differenti da quelli espressi dall'utenza tradizionale del sistema integrato di interventi e servizi sociali, che è generalmente rappresentata da persone con disabilità plurime o mentali. Il ciclo di vita e le fasi esistenziali delle persone in situazione di handicap acquisito sono differenti da quelle delle persone con disabilità congenite o che compaiono in età evolutiva. Si tratta quindi di sviluppare un approccio specifico al problema attraverso piani territoriali di ambito almeno distrettuale a partire dalle seguenti azioni:

- 1) garantire la conoscenza e l'accessibilità di tutte le opportunità e di tutti i servizi oggi già disponibili attraverso una maggiore qualificazione e specializzazione sul tema delle disabilità acquisite dei servizi territoriali di informazione, segretariato sociale e servizio sociale professionale, anche attraverso attività di formazione da realizzare in collaborazione con i servizi sanitari di riabilitazione per le diverse fasce di età e le associazioni di categoria;
- 2) favorire la domiciliarità e la vita indipendente attraverso lo sviluppo dell'assistenza domiciliare, l'assegno di cura e di sostegno, servizi e contributi per l'adattamento dell'ambiente domestico e la dotazione di ausili e tecnologie adeguate, soluzioni abitative innovative, quali ad esempio gli alloggi con servizi, interventi per l'accessibilità del sistema dei trasporti pubblici ed interventi a sostegno della mobilità privata;
- 3) garantire servizi e percorsi a supporto dell'integrazione lavorativa in collaborazione, in particolare, tra i servizi sanitari e sociali, la cooperazione sociale di tipo b), i Centri di formazione professionale ed i Centri per l'impiego delle Province;
- 4) assicurare la completa attuazione degli interventi e dei percorsi di assistenza domiciliare e residenziale previsti per le persone in situazione di handicap acquisito

di estrema gravità dalla DGR 2068/2004, la cui valenza va estesa anche ai minori ed alle loro famiglie.

➤ **Curare l'inserimento lavorativo**

L'inserimento lavorativo rappresenta il naturale completamento di un progetto assistenziale finalizzato all'autonomia personale e alla vita indipendente. Tale obiettivo va perseguito in modo integrato e coordinato con i soggetti, gli strumenti ed i percorsi previsti dalla Legge regionale 1 agosto 2005, n. 17 "Norme per la promozione dell'occupazione, della qualità, sicurezza e regolarità del lavoro". E' dunque necessario promuovere in ogni ambito distrettuale una programmazione unitaria ed integrata, anche attraverso appositi accordi, tavoli di coordinamento, collaborazioni inter istituzionali ed équipe territoriali integrate, di tutte le risorse ed i percorsi oggi disponibili per accompagnare la persona disabile al lavoro ed in particolare:

- i centri socio-occupazionali e gli interventi educativi individuali assicurati da Comuni e Aziende USL per le situazioni di maggiore difficoltà;
- le opportunità di lavoro protetto e di formazione offerte dalla cooperazione di tipo b);
- i percorsi di formazione e addestramento assicurati dal sistema della formazione professionale anche attraverso il Fondo sociale europeo;
- i servizi e le opportunità offerti dai Centri per l'impiego ai sensi della normativa regionale e nazionale sul collocamento mirato.

Ciascuno di questi sistemi può offrire opportunità concrete di occupazione alla persona disabile in relazione alle sue abilità ed al suo grado di autonomia personale. La logica è dunque quella di utilizzare i quattro sistemi e le diverse opportunità secondo un approccio graduale, che accompagna la persona in un percorso personalizzato e finalizzato all'inserimento lavorativo più adatto alle competenze e aspirazioni individuali.

Inoltre, è necessario sviluppare specifici progetti per affrontare il tema della progressiva diminuzione dell'intensità dell'attività lavorativa per le persone disabili di età più avanzata, favorendo forme di lavoro a tempo ridotto con possibilità di integrazione tramite opportunità rivolte alla gestione del tempo libero.

➤ **Garantire la mobilità, l'accessibilità e la vita indipendente**

Un altro bisogno rilevante è quello della mobilità, intesa come accessibilità e vivibilità complessiva degli spazi pubblici e soprattutto come necessità di poter disporre almeno in ambito zonale di un vero e proprio sistema per la mobilità locale articolato in mezzi pubblici accessibili e con agevolazioni tariffarie (autobus e taxi), un servizio di trasporto "porta a porta" con pulmini attrezzati per le situazioni di maggiore gravità ed infine agevolazioni e contributi sulla mobilità privata, anche attraverso le agevolazioni previste dalla L.R. 29/1997 e le altre agevolazioni ed esenzioni previste dalla normativa nazionale e regionale. Emerge dunque la necessità di promuovere una visione di sistema di tutte queste opportunità attraverso una pianificazione di ambito almeno zonale.

Allo stesso modo sul versante dell'abitare e dell'accessibilità vanno sostenuti i servizi per l'adattamento dell'ambiente domestico in adesione a quanto previsto dalla L.R. 29/1997, dalla DGR 2248/2003 in merito ai Centri per l'adattamento dell'ambiente domestico e dalla DGR 1161/2004 sui contributi di cui agli art. 9 e 10 della L.R. 29/1997. Così come la sperimentazione di soluzioni abitative indipendenti quali gli alloggi con servizi ed una più ampia disponibilità di alloggi di edilizia residenziale pubblica privi di barriere architettoniche e realmente fruibili anche dalle persone con disabilità.

CAPITOLO 6

GLI IMMIGRATI STRANIERI

- **Premessa**

La costante crescita della presenza di cittadini stranieri che risiedono e lavorano nel territorio regionale impone uno sforzo nella definizione di politiche per l'integrazione capaci di assicurare una maggiore coesione sociale tra nativi e migranti. In questi anni la Regione Emilia-Romagna ha sviluppato un programma organico di azioni per facilitare l'integrazione delle persone straniere; un programma imperniato su quattro assi strategici: l'osservazione del fenomeno, la concertazione con le parti sociali, la programmazione delle politiche di integrazione sociale e la definizione di una nuova legislazione regionale in materia di integrazione sociale (L.R. 5/2004).

L'esperienza delle politiche e degli interventi attivati in questi anni, richiama gli operatori pubblici e del privato sociale alla consapevolezza che esistono una serie di caratteristiche e problematiche specifiche della popolazione immigrata: una condizione giuridica "differente" rispetto ai cittadini italiani, un prevalente bisogno di alfabetizzazione linguistica, la provenienza da contesti culturali e sociali differenti, la non conoscenza del sistema di welfare e la difficoltà ad intrecciare relazioni significative con i cittadini italiani.

In questi anni il sistema di welfare ha sempre più come riferimento una utenza straniera, e ciò non può sorprendere visto che gli immigrati sono oramai quasi l'8% della popolazione, hanno una età media più bassa degli italiani, ed una composizione familiare tendenzialmente più numerosa.

Va chiarito tuttavia che la crescente fruizione di servizi di welfare da parte dei cittadini stranieri non può rappresentare di per sé ed in maniera esaustiva un indicatore di effettiva integrazione; potrebbe anche solo rappresentare un crescente bisogno di assistenza.

Decisivo è quindi il valore aggiunto delle politiche complessive di integrazione.

In questo senso, a livello locale, occorre un raccordo tra le progettazioni finalizzate all'integrazione sociale degli immigrati ed il sistema universalistico di accesso ai servizi, perché risulta fondamentale qualificare il sistema di servizi abitativi, sociali, scolastici e sanitari per tutti, con una particolare attenzione alle specificità linguistiche, culturali e religiose di cui anche i cittadini stranieri sono portatori.

6.1 Contesto attuale

Gli immigrati soggiornanti in Emilia-Romagna alla fine del 2006 sono arrivati a 318.076 unità, il 7,5% della popolazione complessiva.

L'immigrazione tende verso caratteristiche di stabilità comprovate da un costante processo di ricongiunzione familiare e da una crescita della componente femminile (49% del totale). Mentre negli anni novanta la maggior parte degli stranieri erano persone sole, oggi la maggioranza vive all'interno di un nucleo familiare. Cresce anche il numero di matrimoni misti e di giovani stranieri "di seconda generazione" le cui aspettative di promozione sociale sono destinate a svilupparsi nei prossimi anni.

Anche i dati relativi alla presenza di bambini stranieri nelle scuole risultano essere un chiaro indicatore di stabilizzazione insediativi: si è passati dai 15.000 alunni stranieri dell'anno scolastico 1999/2000 ai 51.000 dell'anno scolastico 2005/2006, che rappresentano il 9,5% dei 534.337 alunni complessivi.

Rispetto alle provenienze, le prime due nazionalità presenti in regione sono quella

marocchina (16,9%) e quella albanese (13,9%) mentre l'arrivo delle donne dell'est Europa, in particolare come assistenti familiari, ha comportato l'insediamento tra i primi posti di una forte presenza di persone provenienti dalla Romania, dall'Ucraina, e dalla Moldavia.

Il mercato del lavoro appare il motore fondamentale dell'immigrazione in Emilia-Romagna; a titolo indicativo, si calcola che nell'ambito del lavoro subordinato riferito al 2005, la composizione della forza lavoro straniera sia stata pari al 12,5% del totale dei lavoratori (si pensi che nel 2001 tale percentuale era al 7,9%). Inoltre la consistenza numerica degli immigrati risulta inversamente proporzionale al tasso di disoccupazione.

Accanto al dato quantitativo, si evidenzia una crescita di complessità rispetto alla condizione sociale dei cittadini stranieri, ai bisogni che essi esprimono e alle traiettorie migratorie perseguite da ciascuno di essi; anche in ragione di un contesto normativo che storicamente si è dimostrato incapace di offrire un adeguato accesso legale (si pensi ai successivi e costanti provvedimenti di regolarizzazione) e che impone agli Enti locali e al Servizio sanitario di mantenere una attenzione costante anche verso una presenza di persone in condizioni di presenza non regolare, specie donne e bambini, spesso in condizioni precarie di salute e dei requisiti fondamentali per un'adeguata accoglienza.

Crescono gli stranieri di lunga permanenza, e crescono parallelamente gli arrivi di nuovi migranti, con nuove aspettative e bisogni che necessitano di un elevato livello di attenzione e di carico assistenziale: le donne sole con figli, i minori stranieri non accompagnati, i richiedenti asilo, le persone straniere in situazione di povertà estrema, ex detenuti che necessitano di percorsi di reinserimento sociale.

I minori stranieri assistiti dai servizi sociali nell'anno 2004 sono risultati 17.135 (pari al 35,1% dei minori assistiti); in particolare nelle strutture di pronta accoglienza essi sono ormai il 75%, nelle comunità educative il 45,2% e il 26,8% nelle comunità familiari. Per quanto riguarda i servizi dell'area penale minorile essi raggiungono il 44,9% dei soggetti in carico al servizio e l'86,6% dei minori che entrano nell'istituto penale minorile.

In costante aumento è il fenomeno della tratta di persone a scopo di sfruttamento e riduzione in schiavitù.

Con la approvazione della L.R. 5/2004 la Regione ha inteso affrontare trasversalmente in ogni settore (scuola, sanità, formazione, lavoro, casa, etc.) il tema dell'immigrazione straniera secondo un approccio universalistico, teso a garantire l'effettivo esercizio dei diritti sociali di cittadinanza nell'ambito dei servizi pubblici esistenti e a evitare, quindi, la costruzione di un sistema di welfare parallelo o comunque di interventi separati.

Ed ha ribadito la necessità che ad ogni livello di programmazione, le politiche rivolte ai cittadini stranieri debbano considerarsi come programmazione ordinaria e strutturale, abbandonando un approccio occasionale, temporaneo ed emergenziale.

In questo senso, risulta un passaggio fondamentale la approvazione da parte della Assemblea Legislativa (delibera 45/2006) del primo Programma triennale 2006-2008 per l'integrazione sociale dei cittadini stranieri.

Il Programma triennale è uno strumento di programmazione "trasversale" che promuove una integrazione delle politiche di settore i cui interventi rispondono in modo unitario ai bisogni ed alle esigenze dei cittadini stranieri immigrati. Esso definisce un quadro generale di obiettivi strategici che dovranno essere recepiti nei singoli atti di settore regionale.

La lettura dei 39 Piani sociali di zona 2005-2007 ha evidenziato una pluralità costante di bisogni-criticità da parte dei singoli territori, ed in particolare:

- a) il crescente disagio abitativo e la necessità di nuovi strumenti che facilitino le soluzioni abitative. Laddove esistono centri di prima accoglienza si evidenzia una situazione di criticità rispetto alla loro efficacia ed una tendenza a trasformare questi presidi in una ottica qualitativa rivolta a specifici target (richiedenti asilo, donne sole con figli, nuclei familiari, ecc);
- b) la necessità di potenziare politiche di accoglienza ed inserimento scolastico rivolte ai minori e alle famiglie straniere;
- c) la necessità di potenziare e consolidare nell'insieme dei Comuni una attività informativa e di tutela legale che in taluni casi non raggiungono in maniera adeguata particolari target (es. le donne) o aree territoriali della Zona, oppure faticano a integrarsi con la rete informativa già esistente (URP, sportello sociale, sedi associative di tutela, ecc.);
- d) la necessità di porre una particolare attenzione ai percorsi di effettivo inserimento sociale, scolastico e lavorativo delle cosiddette "seconde generazioni" e di particolari target quali i richiedenti asilo, le donne (con una specifica declinazione legata alla crescita delle assistenti familiari) e i minori stranieri non accompagnati;
- e) la necessità di consolidare le occasioni di apprendimento alla lingua italiana per gli adulti e di garantire l'effettivo accesso ai servizi in particolare attraverso la formazione degli operatori e la attività di mediatori interculturali;
- f) la necessità di promuovere nei contesti distrettuali occasioni di confronto interculturale tra cittadini italiani e migranti, e più in generale di costruire occasioni di partecipazione alla vita pubblica locale;
- g) la crescente presenza di cittadini stranieri in situazione di irregolarità, con particolare riferimento alle attività di assistenza familiare, che pone gli Enti locali in una oggettiva difficoltà di intervento sociale;
- h) l'importanza del mantenimento e rafforzamento delle reti locali in materia di lotta alla tratta.

6.2 Obiettivi e azioni

Per potere assicurare parità dei diritti ai bambini ed adolescenti stranieri è necessario qualificare la capacità degli operatori e dei servizi di coglierne i bisogni e le modalità con cui essi si esprimono nelle diverse culture, ed adeguare le risorse per l'accoglienza alle necessità di bambini ed adolescenti che devono essere accolti a partire dalla loro cultura.

Si tratta di sviluppare le reti di famiglie accoglienti per i minori che sono temporaneamente fuori della famiglia od anche a sostegno di nuclei familiari stranieri nella fase dell'integrazione. A ciò devono poter concorrere anche le famiglie straniere residenti in Italia da tempo e dotate di buone competenze, capaci di coniugare la loro doppia appartenenza culturale a favore dei minori e le organizzazioni delle comunità straniere.

I minori stranieri non accompagnati (art. 1 del D.P.C.M. 9 dicembre 1999 n. 535 (Regolamento concernente i compiti del Comitato per i minori stranieri, a norma dell'articolo 33, commi 2 e 2-bis, del D.Lgs. 25 luglio 1998, n. 286), che si trovano privi di assistenza e rappresentanza da parte dei genitori o di altri adulti responsabili, in carico ai servizi sociali nel corso del 2004 sono risultati 1103 (nel 2003 erano 950). La loro presenza incide sull'attività dei servizi e costituisce un onere importante per i Comuni.

In particolare va ridisegnato il sistema della accoglienza qualificando le comunità di pronta accoglienza e sviluppando nuove strutture più "leggere" dove si tenga conto dei livelli di autonomia che molti dei ragazzi stranieri non accompagnati presentano, infine sviluppando l'affidamento omoculturale, quale forma di referenzialità familiare particolarmente tutelante.

L'impegno della Regione va nella direzione di utilizzare tutte le possibilità derivanti dai fondi europei e dai fondi nazionali per potenziare la rete di accoglienza decentrata con standard di qualità ed efficienza ed il monitoraggio del fenomeno.

Si tratta inoltre di favorire il partenariato con le autorità nazionali e locali e le ONG (Organizzazioni Non Governative) che operano nei paesi di origine nell'ambito della cooperazione decentrata, incidendo così sul fenomeno in un'ottica di prevenzione e favorendo i processi di reinserimento a seguito di un rimpatrio assistito.

La tratta di persone è oggi un fenomeno in crescita che coinvolge prevalentemente persone straniere, e non è più riconducibile esclusivamente allo sfruttamento sessuale (lavoro, accattonaggio, microcriminalità etc.). Occorre pertanto da un lato, consolidare i percorsi di protezione e integrazione sociale per le vittime di tali reati (ogni anno sono circa 500 le persone prese in carico nella nostra regione) e dall'altro, sviluppare nuove strategie di intervento e accoglienza avendo consapevolezza che gli operatori si troveranno a rispondere ad una pluralità di bisogni ed a una utenza diversificata in relazione al genere, agli ambiti di sfruttamento ed alle modalità di coercizione. In particolare nei prossimi anni andrà sviluppato il tema degli interventi rispetto alla prostituzione al chiuso.

Una risorsa indispensabile nei servizi sanitari e sociali che maggiormente sono a contatto con cittadini con culture e stili di vita diversi è rappresentata dalla mediazione interculturale (anche come supporto al lavoro di équipe e alla formazione), che ha la funzione di superare difficoltà di ordine linguistico e culturale e di favorire la conoscenza e la comprensione di altri punti di vista, di percezioni differenti dello stato di salute e di malattia.

In un'ottica interculturale occorre garantire in ambito distrettuale l'erogazione delle prestazioni sociali e sanitarie, come previsto dalle normative nazionali e regionali, e supportare gli immigrati con azioni di sostegno sociale, ascolto e informazione, in sinergia con le istituzioni locali e con un'azione integrata di tutti i soggetti coinvolti, pubblici e privati, in una logica di sussidiarietà in grado di valorizzare adeguatamente tutte le competenze ed esperienze che si sono sviluppate, in particolare da parte delle organizzazioni di volontariato, associazioni di promozione sociale, cooperative sociali e organizzazioni non governative, migliorando l'integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali.

Assume forte rilevanza la capacità di informare e orientare i cittadini stranieri per favorire l'accessibilità e la fruibilità dei servizi, supportandoli nell'utilizzare in modo idoneo i servizi e le attività offerte sul territorio (ad esempio il Pronto soccorso).

Occorre inoltre tenere conto che la nascita, la cura e il percorso di crescita dei figli sono occasioni di incontro con i servizi e possono evidenziare problemi di inserimento nella nostra società, sono perciò ambiti privilegiati di interventi preventivi e di integrazione reciproca (es. promozione di momenti di incontro con le famiglie autoctone, iniziative educative, sostegno scolastico).

Particolare attenzione va inoltre posta agli interventi preventivi e di assistenza per la gravidanza, assistenza pediatrica e di base, vaccinazioni, che costituiscono il più frequente motivo di utilizzo dei servizi sanitari: si riscontra infatti per la popolazione

immigrata un maggior rischio di gravidanza pretermine e di mortalità neonatale e infantile.

Tra le donne straniere si evidenzia inoltre un maggior ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza e una maggior frequenza di aborti ripetuti. Il fenomeno richiede una lettura transculturale per mettere a punto strumenti informativi sulla contraccezione e sull'accesso ai servizi, soprattutto per le donne analfabete o con bassa scolarizzazione e per proporre in maniera efficace la contraccezione alle donne che si presentano ai servizi in occasione dell'interruzione di gravidanza, anche attraverso la presa in carico della donna e applicando politiche di gratuità per garantirne l'accesso.

In ambito sanitario, occorre sviluppare e consolidare interventi al fine di garantire la protezione dalle malattie infettive, assicurare l'assistenza sanitaria ai cittadini stranieri iscritti al S.S.N e l'erogazione di determinate prestazioni sanitarie per gli immigrati non in regola con il permesso di soggiorno, facilitare l'accesso ai servizi dedicati, quali gli "Spazi per donne immigrate ed i loro bambini", facilitare l'accesso ai servizi distrettuali, con particolare riferimento al percorso nascita e alla tutela dell'infanzia, con l'attivazione di percorsi sociosanitari a cura dei Consultori familiari e della Pediatria distrettuale e promuovere iniziative di formazione all'accoglienza e all'assistenza nella multiculturalità, rivolte agli operatori dei servizi.

Particolare attenzione va inoltre dedicata al tema degli infortuni sul lavoro occorsi a lavoratori extracomunitari in regione, che nel corso degli ultimi anni ha subito un aumento. Il dato è in controtendenza rispetto all'andamento infortunistico riferito all'intero stock degli assicurati, che risulta stabile o in lieve decremento. In linea con la struttura per età della forza lavoro, gli infortunati stranieri sono per lo più giovani con netta prevalenza maschile.

Si tratta dunque di realizzare interventi informativi e formativi volti alla prevenzione dei rischi presenti nello specifico comparto produttivo in cui opera il lavoratore extracomunitario e definire piani mirati specifici diretti a favorire l'inserimento dei lavoratori extracomunitari nel contesto lavorativo, prevenire gli infortuni e le malattie professionali, e valorizzare le attività delle componenti professionali (medici competenti, responsabili dei servizi di prevenzione e protezione ecc.), presenti all'interno delle aziende.

In armonia con le finalità, gli obiettivi e le funzioni previste dalla su indicata L.R. 5/2004 e con le indicazioni previste dal Programma 2006-2008 per l'integrazione sociale dei cittadini stranieri (in particolare i paragrafi 10 e 19), si individuano dunque tre macro obiettivi prioritari:

- a) costruire relazioni positive, nel senso che si ritiene importante assicurare le condizioni per la diffusione di una informazione esauriente sui diversi aspetti del fenomeno migratorio, per un effettivo coinvolgimento dei cittadini stranieri nella definizione delle politiche pubbliche locali, e per la valorizzazione e la reciproca conoscenza dei fondamenti culturali connessi ai luoghi di origine dei residenti;
- b) garantire pari opportunità di accesso e tutelare le differenze, attraverso interventi che possano garantire un accesso paritario all'istruzione, ai servizi, al mercato del lavoro ed alla soluzione abitativa, curando in particolare gli interventi in ambito scolastico rivolti ad alunni stranieri e famiglie ed azioni volte a superare situazioni territoriali caratterizzate da sovraffollamento ed elevata concentrazione abitativa da parte degli immigrati stranieri;
- c) assicurare i diritti della presenza legale nel senso di garantire per i cittadini stranieri adeguate forme di conoscenza dei diritti e dei doveri previsti dalla normativa nazionale ed europea, nonché sviluppare azioni contro le discriminazioni.

CAPITOLO 7

POVERTÀ ED ESCLUSIONE SOCIALE

- **Premessa**

Fra gli obiettivi di benessere sociale e nella definizione dei contenuti del primo Piano sociale e sanitario della Regione Emilia-Romagna è dato risalto ed impulso ad una strategia di lotta alla povertà e all'esclusione sociale e ad una risposta adeguata ai nuovi bisogni che tali problematiche determinano.

Lo impone il processo, da tempo avviato, di adeguamento del welfare emiliano-romagnolo alle mutate caratteristiche economiche, demografiche e sociali le quali evidenziano come il problema della povertà esiste ed ha una sua specificità anche in una regione di piena occupazione come la nostra.

7.1 Contesto attuale: la povertà nella nostra regione e il quadro dei servizi e degli interventi

I più recenti dati sulla povertà forniti in ottobre 2007 dall'ISTAT relativi al 2006, registrano in Emilia-Romagna un'incidenza della povertà, ottenuta come rapporto tra il numero delle famiglie considerate povere e il totale delle famiglie residenti, del 3,9%, dato decisamente al di sotto del dato nazionale (11,1%) e di quello del nord Italia (4,5%). Le stime di povertà regionale, inoltre, contenute nel Rapporto dell'ISTAT del dicembre 2003, attestano che la nostra regione si delinea come un territorio con bassa presenza di famiglie molto povere.

L'Emilia-Romagna è rappresentata da più parti come una regione ad elevato "capitale sociale" nel senso di una persistenza di reti e di comportamenti di reciprocità, di relazioni e rapporti che si estendono oltre il lavoro e toccano attività dall'impegno civile fino al tempo libero.

Da più parti emerge che la povertà si sta diversamente caratterizzando. Oggi si individuano due gruppi.

Da un lato vi sono i portatori di bisogni più tradizionali, persone in condizioni di disagio grave e conclamato, quasi sempre multidimensionale, che ha richiesto modalità di intervento più complesse: persone in stato di povertà estrema e senza un domicilio, persone tossicodipendenti o alcolodipendenti, persone con disagio psichico, anziani poveri e soli, detenuti ed ex-detenuti, immigrati poveri e/o clandestini, richiedenti asilo, ex-prostitute, nuclei familiari problematici, nomadi, persone che pur vivendo in appartamento hanno interrotto ogni vincolo sociale.

Dall'altro lato vi sono le cosiddette 'nuove povertà' che da più parti si segnalano in forte crescita. Si tratta frequentemente di situazioni di sofferenza (spesso di natura economica) che, se non affrontate, possono aggravarsi: qui rientrano, infatti, le persone che si trovano in quella zona grigia in cui il non-disagio sfuma nel disagio, che a volte oscillano al di sopra e al di sotto della linea di povertà o che presentano sia segnali di una certa integrazione, come un lavoro stabile o legami sociali saldi, sia tratti che espongono la persona a potenziali rischi di esclusione, come basse retribuzioni o basse pensioni. Si tratta di soggetti, che fanno fatica a riconoscersi come 'utenti' dei servizi sociali e che a volte oppongono resistenza ad interventi che vadano oltre l'erogazione di contributi. Sono stati individuati all'interno di questo gruppo: i nuclei familiari monoreddito e i nuclei monogenitoriali a basso reddito (spesso madri sole con figli), a volte anche

privi di reti di sostegno e spesso immigrati (dall'estero e da altre zone d'Italia), i lavoratori con basse retribuzioni, pensionati, gli adulti 40-50enni senza lavoro, i lavoratori precari e le famiglie che presentano la "sindrome della quarta settimana" o accumulano situazioni di debito.

La crescita di queste nuove forme di povertà appare legata alle problematiche socio-economiche degli ultimi anni (precarizzazione del lavoro, alto costo per l'abitazione ...).

Un'alta attenzione va posta alle popolazioni nomadi le cui diversità possono talvolta costituire fattore di disagio ed emarginazione. Inoltre le difficili situazioni di vita nei campi sosta favoriscono un degrado sociale crescente.

Particolare attenzione va rivolta alle persone sottoposte a limitazioni della libertà personale, sia esternamente alle carceri, che internamente, dove uno dei rischi maggiori è il sovraffollamento. La grave situazione in cui versavano gli istituti penitenziari a causa del sovraffollamento è stata affrontata dalla recente legge sull'indulto (L. 31 luglio 2006, n. 241).

A seguito di questa legge la Regione, con i livelli istituzionali interessati ed in una logica di politica integrata, ha sviluppato ulteriormente azioni a livello territoriale di accoglienza, di reinserimento sociale e lavorativo degli ex-detenuti.

I dati sulla popolazione detenuta affermano la complessità degli interventi richiesti. I detenuti appartengono per l'80% a fasce di disagio sociale più o meno estremo: per un terzo sono tossicodipendenti, per quasi la metà immigrati, e per il resto "casi sociali" o addirittura psichiatrici (con quote che variano secondo varie ricerche europee), adolescenti e minori.

L'analisi dell'area tematica del contrasto alla povertà e all'esclusione sociale nei Piani sociali di zona 2005-2007 e attuativi 2005 e 2006 ci consente di connettere il quadro suesposto alle realtà territoriali.

Si confermano, nell'analisi territoriale, le tre principali aree del disagio sociale: casa, lavoro ed integrazione. I bisogni che emergono, con le differenze determinate dalle specificità delle zone, sono collegati in maniera costante alle seguenti ricorrenti criticità:

- casa: bisogni che vanno dall'accoglienza (ripari notturni, fornitura di beni di prima necessità, aree per nomadi...) e dall'accompagnamento alla vita in abitazione, alle tematiche correlate: costi inaccessibili per i redditi di giovani lavoratori, anziani in pensione, famiglie monoparentali, immigrati;
- lavoro: necessità di inserimenti mirati che realizzino un'occupazione stabile per soggetti disagiati economicamente e/o socialmente, anche attraverso borse-lavoro, affrontando la diffusione della precarietà;
- supporto alle famiglie, nelle quali una separazione può "produrre" la povertà di uno o di entrambi i coniugi specie se ci sono figli minori;
- stress e salute mentale: l'incremento della diffusione di psicopatologie, a causa di quelli che l'OMS definisce "fattori psico sociali di stress", pone nuove e crescenti domande ai servizi;
- crescita di nuclei familiari multiproblematici con presenza spesso contemporanea di problematiche relative al lavoro, al disagio psico sociale e alla casa;
- multidimensionalità del fenomeno dell'esclusione sociale che è di per sé una criticità; assieme alla diversità dei soggetti richiama l'esigenza di professionalità nuove ed aggiornate e di prassi da consolidare (mediatori culturali-familiari-sociali,...);

— rischio, soprattutto nelle grandi aree urbane, del consolidarsi di processi di emarginazione grave e di “subalternità” non solo economica.

E' evidente che si è all'inizio di un percorso complesso teso a creare e costruire azioni di sistema. Ci stiamo occupando di un fenomeno non nuovo per le politiche sociali, ma che, sviluppandosi, si sta diversificando rispetto al passato sia nelle caratteristiche che nelle modalità d'intervento.

Il fenomeno di conseguenza, per essere positivamente aggredito, necessita di un approccio di rilevante integrazione fra le politiche e fra i soggetti e tale metodologia prende corpo dalla programmazione zonale, dove il livello di integrazione è peraltro riscontrabile, oltre che negli accordi di programma dei Piani di zona distrettuali per la salute e il benessere sociale, attraverso l'esistenza di tavoli tematici, gruppi permanenti, uffici comuni, accordi ecc.

A livello territoriale emerge la presenza di reti consolidate, pubbliche e private, di accoglienza e di aiuti per affrontare un generalizzato considerevole aumento di situazioni di povertà e di esclusione.

7.2 Obiettivi e azioni

Gli obiettivi generali regionali di lotta alla povertà e all'esclusione sociale, riportati nella deliberazione del Consiglio regionale 615/2004 e che il Piano richiama, sono con coerenza fatti propri dalle Zone sociali, le quali sviluppano la propria programmazione dalla prevenzione alla rimozione di gravi situazioni di esclusione, ad interventi di emergenza.

Le Zone sociali sviluppano azioni coerenti con gli obiettivi e con le priorità tematiche definite a livello regionale, affrontano le criticità rilevate, sviluppano e qualificano prioritariamente strumenti già collaudati (sportello informativo in carcere, strutture di accoglienza per i senza fissa dimora, borse lavoro, fornitura di generi di prima necessità, integrazione scolastica e formazione), sperimentano buone pratiche come testimoniano i numerosi progetti che riguardano, per esempio, il recupero dalla grande distribuzione di alimenti e beni di prima necessità per i meno abbienti.

Il Piano sociale e sanitario regionale individua i seguenti obiettivi generali di lotta alla povertà e all'esclusione sociale:

- fornire ad ogni persona piena cittadinanza attraverso opportunità per la costruzione di una esistenza equa e dignitosa agendo sulle tre principali aree del disagio sociale: lavoro, casa ed integrazione;
- promuovere interventi di politica integrata rivolti al contrasto alla povertà e all'esclusione sociale;
- prevenire le situazioni di povertà, rafforzando i legami di solidarietà familiare e sociale dell'inclusione;
- affrontare la cosiddetta "povertà immateriale", tipica dei contesti urbani, sviluppando nelle persone dignità ed autostima;
- approfondire la conoscenza della dimensione territoriale della povertà e le sue caratteristiche.

Tali obiettivi si realizzeranno attraverso:

- a) la programmazione regionale finalizzata a contrasto della povertà e dell'esclusione sociale;

- b) la progettualità territoriale degli interventi e l'attività di rete;
- c) iniziative regionali a carattere innovativo per dare risposta a nuovi bisogni attraverso nuove pratiche, sviluppare qualità degli interventi nonché efficienza ed efficacia nell'utilizzo delle risorse e sistematizzare buone prassi.

Attraverso i Piani di zona distrettuali per la salute e il benessere sociale, i Comuni, nel perseguire gli enunciati obiettivi generali di lotta alla povertà e all'esclusione sociale, rileveranno i bisogni sociali del territorio, i servizi esistenti e la risposta in termini di interventi e servizi da approntare.

Le azioni, nell'ambito di un sistema integrato di interventi e servizi sociali, promuoveranno l'attività di rete in particolare attraverso il coinvolgimento del Terzo Settore e riguarderanno:

- la realizzazione, l'ampliamento o l'innovazione di servizi di pronta accoglienza, interventi socio-sanitari, servizi per l'accompagnamento e il reinserimento sociale delle persone che versano in situazioni di povertà estrema e senza fissa dimora;
- iniziative anche a carattere innovativo per dare risposta alle esigenze primarie di sopravvivenza delle persone in situazione di grave marginalità, in particolare attraverso il reperimento e/o la fornitura di viveri e beni di prima necessità;
- lo sviluppo di interventi integrati per l'inserimento o il reinserimento sociale di persone in situazione di esclusione e per la popolazione nomade, per la presa di coscienza delle risorse personali e per la rimozione di ostacoli anche di tipo economico;
- il sostegno di progetti personalizzati per l'accompagnamento di famiglie in temporanea situazione di fragilità (in particolare nuclei monogenitoriali o donne sole con figli) ad una situazione di autonomia;
- l'implementazione di iniziative rivolte alle persone sottoposte a limitazioni della libertà personale, persone nell'area dell'esecuzione penale o da essa provenienti, che affrontino, con attenzione alla differenza di genere, il miglioramento della qualità della vita in carcere, la mediazione culturale per detenuti stranieri ed italiani, il sovraffollamento carcerario agevolando il ricorso alle misure alternative alla detenzione, il volontariato giustizia;
- lo sviluppo di iniziative di avvicinamento ad attività responsabilizzanti, anche attraverso la partecipazione a laboratori artigianali e ad iniziative socializzanti;
- lo sviluppo di interventi formativi e seminariali, rivolti agli operatori del settore sociale, per la condivisione delle esperienze nell'ambito della povertà e dell'esclusione, anche ricavandone "buone pratiche".

Pur non esistendo i presupposti economici per una generalizzazione dell'istituto in tutto il territorio regionale, a livello locale possono essere previsti progetti di sperimentazione di reddito minimo di inserimento.

Interventi di integrazione delle politiche sociali in particolare con quelle abitative, del lavoro, formative, della famiglia, della salute e con altri livelli istituzionali: si svilupperanno opportunità di confronto in tal senso, in quanto si tratta delle aree dove si rileva il maggior disagio, con particolare riferimento alle scadenze e agli strumenti di definizione delle politiche.

Si svilupperanno iniziative articolate di osservazione ed analisi della povertà per la lettura, la decodificazione del fenomeno a livello regionale, utili per la programmazione.

Riguardo ad iniziative regionali anche a carattere innovativo, il Piano intende dare opportuno spazio ad interventi regionali anche territorialmente mirati, che saranno individuati e finanziati annualmente.

Si svilupperanno il monitoraggio e la valutazione degli interventi.

In particolare, con maggior riferimento al fabbisogno alimentare, attraverso la L.R. 6 luglio 2007, n. 12 (Promozione dell'attività di recupero e distribuzione di prodotti alimentari a fini di solidarietà sociale), la Regione Emilia-Romagna riconosce e promuove l'attività di solidarietà e beneficenza degli enti del privato sociale impegnati nel recupero – dalle aziende della media e grande distribuzione organizzata, della ristorazione collettiva e della produzione – delle eccedenze alimentari per la loro redistribuzione ai soggetti che assistono persone in stato di indigenza.

PARTE QUARTA

L'AREA DELLE POLITICHE SANITARIE

- **Premessa**

Il Piano sociale e sanitario della Regione Emilia-Romagna viene proposto in una fase di minori incertezze, a breve termine, sul finanziamento del sistema. L'acquisito adeguamento delle disponibilità finanziarie, sia in sede nazionale che per le decisioni assunte in sede regionale in accordo con le parti sociali, non deve in alcun modo attenuare l'impegno e la responsabilità di ogni soggetto a definire e sostenere un processo di riorganizzazione che punti a massimizzare l'appropriatezza delle prestazioni e l'efficienza nell'uso delle risorse disponibili.

Infatti, la cronica sottostima delle necessità finanziarie del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) non costituisce l'unico ostacolo all'assicurazione dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza. In generale i servizi sanitari maturi sono caratterizzati da profonde innovazioni di prodotto e di processo, determinati in vario modo dallo sviluppo tecnologico e dalle modificazioni dei rapporti tra le professioni sanitarie. Nuove cose da fare determinano nuovi modi di lavorare dei professionisti, in un ambiente peraltro in cui il controllo aziendale sui processi è molto inferiore rispetto ad altre organizzazioni produttive che operano in campo non sanitario. In questo quadro le strategie dell'integrazione degli apporti delle diverse articolazioni organizzative e dei diversi professionisti, sono ancora più decisive che in altri periodi caratterizzati da una maggiore stabilità nel disegno dei processi assistenziali. Perciò il riequilibrio finanziario deve essere utilizzato come condizione facilitante il riassetto del sistema, piuttosto che come temporanea sospensione della preoccupazione sulla tenuta complessiva del sistema.

Il SSN rappresenta una delle più grandi conquiste sociali e dei principali fattori di coesione sociale del nostro paese. I suoi principi fondamentali sono perciò ribaditi e valorizzati in quanto costituiscono assieme sostanza del diritto di cittadinanza e condizione per lo sviluppo socio-economico-culturale della regione. Il processo di cambiamento che il Servizio sanitario della Regione Emilia-Romagna ha già affrontato, e porta a compimento con il 1° Piano sociale e sanitario regionale (il 4° Piano sanitario regionale) intende essere anche un contributo in questa direzione.

- 1) Dopo l'adozione del 3° Piano sanitario, la Regione Emilia-Romagna ha approvato la L.R. 29/2004 di riforma dell'organizzazione e del funzionamento del Servizio Sanitario Regionale (SSR) in attuazione delle nuove competenze attribuite alle Regioni dalla riforma costituzionale del 2001 e la L.R. 2/2003, in attuazione della riforma del sistema di assistenza sociale (L. 328/2000). Successivamente, la istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza ha finalizzato risorse finanziarie, organizzative ed umane, della Regione e delle Autonomie locali all'assistenza ai soggetti, anziani e non, in condizioni di non autosufficienza.

Questi interventi legislativi da un lato hanno consolidato le esperienze condotte dal sistema regionale nella seconda metà degli anni '90, fra cui anche le lezioni apprese con l'attuazione del 3° Piano sanitario regionale, relativamente alla organizzazione dei servizi ed alle loro relazioni con le Autonomie locali, dall'altro hanno costituito la base per una serie di ulteriori innovazioni. Le scelte fondamentali hanno interessato principalmente l'assetto delle Aziende sanitarie, la loro organizzazione interna e, più in generale, l'organizzazione dell'offerta di servizi nel sistema sanitario regionale per integrare efficacemente le risorse

pubbliche e quelle private; le relazioni delle Aziende sanitarie fra di loro e con le Autonomie locali, la Regione e le Università; la riorganizzazione e la modernizzazione del sistema dell'assistenza sociale, con l'avvio del processo di costituzione delle Aziende pubbliche di servizi alla persona (ASP) e la diffusione sistematica e programmatica della assistenza domiciliare, nell'ambito di un più vasto programma di sostegno alla famiglia.

- 2) La politica sanitaria della Regione Emilia-Romagna che si è sviluppata attraverso il 3° PSR ha avuto l'obiettivo fondamentale di realizzare un sistema che sapesse essere al tempo stesso universale nelle garanzie e locale nella capacità di soddisfare le aspettative e le preferenze dei singoli e delle comunità.

Questo ambizioso obiettivo combina la tradizionale tensione verso l'egualitarismo proprio di tutti i sistemi sanitari pubblici ed universalistici con l'esigenza di adeguare l'offerta di servizi alla crescente diversificazione delle aspettative e delle preferenze espresse dagli individui e dalle comunità locali. Questo obiettivo ha richiesto molto di più di un semplice decentramento nella produzione dei servizi sociali e sanitari e di una più efficace integrazione fra le attività delle Aziende sanitarie e le competenze delle Autonomie locali. Esso ha comportato infatti una nuova articolazione delle funzioni di governo, integrando la programmazione regionale e quella delle Aziende sanitarie con le funzioni di indirizzo, verifica e controllo dei Governi locali e raccogliendo le istanze provenienti dalla società civile. Queste trasformazioni costituiscono il contributo settoriale ad una politica sociale della Regione volta a creare un sistema di welfare locale comunitario che si sviluppa a partire da una robusta ed efficiente rete integrata di servizi, pubblici e privati, con lo scopo di proteggere efficacemente dai nuovi rischi e, contemporaneamente, di stimolare la crescita delle opportunità individuali e sociali.

A questa peculiare esigenza di valorizzazione delle autonomie istituzionali, funzionali e sociali, la Regione ha dato risposta sia adottando processi di programmazione negoziata a livello locale, attraverso strumenti diversi come i Piani per la salute e i Piani sociali di zona, sia attraverso la valorizzazione delle funzioni e del ruolo del Comitato di Distretto come luogo istituzionale di governo sociale e sanitario. Il ruolo di governo attribuito al Comitato di Distretto permette sia di sviluppare l'integrazione entro la rete dei servizi sanitari e sociali territoriali, sia di promuovere più efficacemente interventi intersettoriali a tutela della salute attraverso i Piani di zona ed il raccordo di essi con iniziative di prevenzione primaria sviluppate dal concorso di Enti locali e di organizzazioni del volontariato, con il supporto delle Aziende sanitarie.

La nuova legge e le linee guida per l'atto aziendale delineano una nuova funzione per la direzione di Distretto nell'Azienda USL, che viene orientata al governo sanitario nel territorio di riferimento. Il ruolo è nuovo, ma capitalizza le esperienze fatte negli ultimi anni quando, pur con la variabilità connessa ai diversi territori e ai diversi gradi di sviluppo presenti sul territorio regionale, si è progressivamente orientato alla definizione della committenza, all'individuazione cioè delle necessità sanitarie del territorio di riferimento, e alla definizione dei diversi contributi per la loro soddisfazione.

È necessario ora che tale funzione si sviluppi lungo due direttrici:

- si dispieghi completamente verso tutti i Dipartimenti aziendali, poiché è dalla loro azione congiunta che possono trovare soddisfazione le necessità sanitarie del territorio aziendale cui è preposto il direttore di Distretto;

— si orienti all'uso degli strumenti di indirizzo della produzione (sia tipici della cultura aziendale – sistemi premianti, soluzioni organizzative – sia tipici della cultura professionale sanitaria – linee guida ed adattamenti locali delle stesse) che tengano in particolare considerazione le evidenze scientifiche, la qualità percepita dall'utente e la continuità dell'assistenza attraverso la predisposizione di percorsi.

In questo modo, disegnando le funzioni e gli obiettivi dei Dipartimenti, e rileggendo attraverso i percorsi sanitari le prestazioni assicurate dai dipartimenti come servizi complessi, la Direzione del Distretto assume il ruolo di chi governa il sistema di erogazione dei servizi sanitari, lo fa nell'ambito delle compatibilità e degli scopi delineati dalla Direzione generale, e lo fa valorizzando le risorse professionali impegnate nella produzione, sulla base dei valori professionali e delle evidenze scientifiche, valutando l'appropriatezza d'uso delle risorse messe a disposizione dei Dipartimenti.

Il documento previsto nella direttiva alle Aziende sanitarie sull'atto aziendale, che illustrerà gli orientamenti regionali in tema di organizzazione dei tre Dipartimenti territoriali, descriverà in dettaglio la nuova funzione della Direzione del Distretto, e il ruolo che deve essere giocato per essere funzionale alla riorganizzazione che il Piano sociale e sanitario propone.

La nuova funzione di governo sanitario del Distretto, assieme alle crescenti esigenze gestionali derivanti dalla ricchezza di servizi territoriali e dalla necessità della loro integrazione, ha richiesto anche modifiche nella organizzazione interna delle Aziende sanitarie. La istituzione del Dipartimento delle cure primarie, con il compito di una gestione integrata di tutti i servizi presenti a livello territoriale, dalla assistenza medica di base alla assistenza residenziale e semiresidenziale per gli anziani, costituisce la risposta organizzativa alla nuova complessità dei servizi territoriali.

Un ulteriore pilastro su cui si è articolata la politica sanitaria regionale è quello istituzionale. Modifiche legislative ed indirizzi normativi hanno attribuito un ruolo più incisivo alle Autonomie locali, sia sulla programmazione regionale di settore (attraverso la Conferenza delle Autonomie), sia su quella aziendale (attraverso le funzioni di indirizzo, verifica e controllo esercitate dalle Conferenze territoriali sociali e sanitarie) e distrettuale (attraverso il Comitato di Distretto e la elaborazione dei Piani di zona distrettuali per la salute e il benessere sociale). Queste innovazioni istituzionali costituiscono anche una rinnovata assunzione di responsabilità da parte delle Autonomie locali rispetto ai servizi sanitari e socio-sanitari.

Per quanto riguarda il nuovo assetto di governo delle Aziende sanitarie, la cosiddetta "terza aziendalizzazione" realizzata dalla L.R. 29/2004 ha comportato una più puntuale distinzione fra responsabilità politiche, manageriali e professionali; ha favorito la partecipazione delle Comunità locali nelle scelte di programmazione sanitaria e degli operatori allo sviluppo dei servizi; ha rafforzato l'autonomia organizzativa delle Aziende, separando la responsabilità per la elaborazione delle politiche sanitarie regionali dalla responsabilità di individuare le forme più adeguate alla loro attuazione rispetto alle peculiarità locali. Questo si è accompagnato ad un allargamento della responsabilità delle Aziende sia quanto all'oggetto sia quanto ai soggetti, istituzionali e non, cui l'Azienda deve rendere conto dei suoi risultati. La L.R. 29/2004 ha infatti introdotto l'obbligo di presentare un bilancio di missione, che dà conto oltre che dei risultati economico-finanziari,

anche di quelli relativi allo sviluppo dei servizi e alla salute della popolazione. Tale bilancio viene presentato sia alla Conferenza territoriale sociale e sanitaria, sia all'Assemblea Legislativa regionale, tramite la Commissione competente.

- 3) Le scelte normative e programmatiche compiute dalla Regione Emilia-Romagna fin qui brevemente ricordate hanno lo scopo di conferire al SSR certezza di obiettivi, stabilità organizzativa e sostenibilità economica. Per effetto di queste scelte, il SSR è pronto ad affrontare le nuove sfide del futuro e ad offrire il suo contributo allo sviluppo delle nuove politiche nazionali che saranno necessarie per uscire dalla attuale situazione.

Le principali sfide che il sistema sanitario regionale intende ora affrontare con il Piano sociale e sanitario sono riconducibili a tre grandi temi fondamentali, che rappresentano i principali obiettivi del suo triennio di validità:

- a) lo sviluppo ulteriore dei servizi territoriali e di comunità, che comprende servizi sanitari e sociali a valenza individuale e di interesse collettivo, prodotti ed erogati secondo una logica di integrazione istituzionale, organizzativa e professionale. L'obiettivo ultimo è l'ulteriore sviluppo qualitativo e quantitativo della offerta locale di servizi, necessaria per completare il progetto di garantire l'autosufficienza territoriale previsto dal 3° PSR e ribadito dalla L.R. 29/2004, dando al contempo contenuto al ruolo di governo attribuito al Comitato di Distretto e fornendo un robusto tessuto connettivo alla rete integrata dei servizi specialistici ospedalieri, già realizzata in attuazione del 3° PSR;
- b) lo sviluppo del complesso sistema di servizi sanitari e sociali e del loro nuovo sistema di governo necessari per dare attuazione e conferire sostenibilità nel tempo al Fondo regionale per la non-autosufficienza. Questo obiettivo costituisce una risposta settoriale al fondamentale processo di evoluzione demografica della Regione Emilia-Romagna, che dovrà essere necessariamente raccordato con analoghi interventi in numerosi altri settori, secondo lo schema già adottato dal Piano regionale anziani. Esso rappresenta anche la naturale evoluzione e finalizzazione del processo di riorganizzazione che ha già interessato il settore della assistenza sociale a seguito della L.R. 2/2003 e che dovrà riguardare anche i nuovi servizi territoriali, residenziali e domiciliari, focalizzati (ma non limitati) alla assistenza ai soggetti anziani;
- c) l'assunzione da parte di tutte le Aziende sanitarie delle attività di ricerca, didattica, formazione e formazione permanente come funzioni istituzionali da integrare con la più tradizionale funzione di assistenza. Questa scelta deriva dalla necessità di rispondere alla continua e crescente richiesta di modernizzazione tecnologica ed organizzativa del sistema sanitario che richiede una flessibilità organizzativa ed un adeguamento costante delle competenze professionali che non possono che essere alimentate anche da una produzione propria di ricerca sanitaria ed organizzativa e di formazione permanente. Il rafforzamento delle nuove funzioni di ricerca e didattica all'interno del SSR è perseguito attraverso la loro strutturazione formale nell'ambito delle Aziende sanitarie e dei loro Collegi di direzione, secondo le indicazioni degli indirizzi regionali per l'elaborazione dell'Atto aziendale da parte delle Aziende sanitarie; la costituzione di una rete regionale di Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, in collegamento e collaborazione con la rete nazionale e internazionale come luogo di sviluppo della ricerca di base, clinica e traslazionale per soddisfare le priorità del SSR; il rafforzamento del ruolo di riferimento delle Aziende Ospedaliero-Universitarie come luogo elettivo

per la collaborazione fra il SSR e le Università della regione, così come configurato dalla L.R. 29/2004 e dal Protocollo d'intesa Regione-Università.

Questo obiettivo rappresenta una componente fondamentale del tema comune alle iniziative del PSSR, rappresentato dalla valorizzazione delle competenze professionali e delle capacità delle risorse umane del SSR attraverso il loro ruolo nella organizzazione, produzione e distribuzione dei servizi, nella partecipazione organizzativa e nella elaborazione delle strategie di governo aziendale. La valorizzazione delle risorse umane del SSR anche rispetto alle loro capacità di ricerca e di didattica non significa tuttavia che le Aziende sanitarie pretendano di essere, al riguardo, autosufficienti. Infatti, l'accordo Regione-Università sulla ricerca e sulla didattica ed il significativo impegno finanziario della Regione in questi settori costituisce una scelta strategica, come è dimostrato anche dalla istituzione della Conferenza Regione-Università, dalla costituzione delle nuove Aziende Ospedaliero-Universitarie come nuovi luoghi della collaborazione istituzionale fra Regione ed Università, nel rispetto delle reciproche autonomie, anche attraverso la istituzione dei Comitati di indirizzo per la integrazione delle funzioni di ricerca, didattica ed assistenza.

- 4) La convinzione della capacità di affrontare le nuove sfide che si pongono al SSR deriva da come la Regione ha saputo affrontare con successo il profondo processo di trasformazione degli ultimi 10 anni. Il bilancio di previsione 2006 destina 6,9 milioni di euro (il 79% della spesa corrente regionale) alla "tutela della salute e solidarietà sociale". La Regione ha dimostrato, attraverso il sistema delle Aziende sanitarie la capacità di controllo sulla spesa sanitaria complessiva (rispetto al 1995, la spesa è aumentata il 12% in meno della spesa nazionale) e, soprattutto, di indirizzarla programmaticamente verso i settori prioritari di sviluppo. La Regione Emilia-Romagna, con una spesa annua procapite nel 2006 di 1.725 €, ha dedicato nello stesso anno il 54,2% della spesa al macrolivello "assistenza distrettuale", il 41,3% alla assistenza ospedaliera ed il 4,4% al macrolivello "assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro".

La "transizione organizzativa", realizzata dalla Regione con il predominio della assistenza territoriale rispetto a quella ospedaliera ha una importanza per la gestione dei servizi paragonabile soltanto alla cosiddetta "transizione epidemiologica", ed è stata realizzata per effetto di un lungo processo di progressiva riduzione e riqualificazione della offerta ospedaliera, iniziato nel 1996 e del più recente e rapido sviluppo della assistenza territoriale.

I principali indicatori di attività ospedaliera nel decennio 1996-2005 mostrano, in tutti gli ospedali pubblici e privati della regione, una riduzione del 15% nel numero dei posti letto (che ammontano al 2005 a 19.953, pari al 4,7 per mille della popolazione); la riduzione del 21% della durata media di degenza (da 7,7 a 6,1) ed un aumento dell'indice di rotazione dei posti letto (che esprime la intensità di utilizzazione dei posti letto disponibili) pari al 8% (da 35 pazienti a 38 pazienti per letto per anno).

L'assetto finale è una cospicua riduzione dei posti letto accompagnata ad una sostanziale stabilità della frequenza complessiva di utilizzazione dell'ospedale malgrado i ricoveri ordinari si siano ridotti nel decennio del 16%, principalmente per effetto dell'aumento dell'uso del day hospital medico e chirurgico, della assistenza specialistica ambulatoriale e dell'assistenza domiciliare. In estrema sintesi, l'aumento della "capacità funzionale" e della efficienza operativa del sistema ospedaliero ha compensato la riduzione della sua "capacità fisica",

(rappresentata dal numero dei posti letto disponibili), malgrado la riconversione produttiva attraverso lo sviluppo della assistenza ambulatoriale e in day hospital abbia modificato, aumentandola, la complessità assistenziale e la gravità clinica dei pazienti ricoverati. Questo è potuto avvenire attraverso una profonda modificazione delle competenze professionali di tutti gli operatori, di una modifica nel funzionamento dei servizi e di cambiamenti profondi nella organizzazione del lavoro, che ha ulteriormente contribuito a modificare la composizione dei team operativi ed il ruolo delle diverse professioni e specializzazioni professionali.

La redistribuzione delle risorse tra l'assistenza ospedaliera e quella territoriale non è il frutto di una posizione ideologica, ma è funzionale al ridisegno dei processi sanitari già ricordato all'inizio del capitolo. L'ospedale perde sempre più le caratteristiche di "luogo del ricovero" per acquistare il ruolo di sede delle procedure sanitarie "ad alto rischio, alta tecnologia ed alto costo". Tali procedure danno il massimo di rendimento sanitario nella casistica più severa, e pertanto è necessario (dal punto di vista della "redditività sanitaria" più che da quella della redditività economica) che la loro erogazione sia caratterizzata da elevata appropriatezza. Inoltre, essendo prevalentemente applicate a casistica cronica, non forniscono nella maggior parte dei casi una "restitutio ad integrum", ma necessitano di una continuità dell'assistenza coerente con le cure praticate, per impedire che se ne perdano gli effetti benefici e che anzi questi siano valorizzati dal sistema delle cure primarie. In questo senso assistenza ospedaliera ed assistenza territoriale, cure specialistiche e cure primarie sono legate indissolubilmente, per l'efficacia complessiva dei loro interventi, in un rapporto che non è di competizione e di prevalenza, ma di appropriatezza, complementarità e continuità.

- 5) La differenza fondamentale di questi cambiamenti rispetto ad un intervento di semplice riduzione dei posti letto ed il motivo del loro sostanziale successo nella Regione Emilia-Romagna rispetto alle esperienze di altre Regioni è rappresentata da un lato dalla realizzazione di un modello di funzionamento secondo una Rete Integrata di Servizi (RIS) e, dall'altro, dal contestuale sviluppo di una ricca messe di servizi territoriali su base distrettuale, sostitutivi e complementari alla tradizionale assistenza in regime di degenza ospedaliera.

La RIS era stata compiutamente disegnata dal 3° PSR per le principali specialità ospedaliere a valenza sovraziendale e di diretto interesse della programmazione regionale. Lo sviluppo dei servizi territoriali e di comunità era invece stato indicato soltanto nelle sue linee generali, in quanto richiedeva, soprattutto per la componente sociosanitaria, anche nuove forme di relazione fra Regione, Aziende sanitarie ed Autonomie locali per cui era necessaria una specifica definizione normativa, successivamente realizzata con la L.R. 2/2003 e la L.R. 29/2004. Anche per questo, lo sviluppo dei servizi territoriali e di comunità costituisce una delle tre priorità del Piano sociale e sanitario.

Il 3° PSR poneva l'accento sulle Reti Integrate di Servizi (RIS) come modello generale di funzionamento del sistema, evidenziando tre elementi generali: l'importanza della rete di relazioni rispetto ai singoli nodi operativi, costituiti dagli ospedali e dalle relative unità operative; l'appropriatezza organizzativa nell'uso delle risorse come corrispondenza fra livelli di gravità dei pazienti e grado di complessità della struttura di assistenza; la collaborazione multidisciplinare e interprofessionale come strumento per il governo clinico del sistema assistenziale, della singola struttura e delle loro interrelazioni. È da iscriversi in questo quadro di

collaborazione non competitiva lo sviluppo del ruolo di riferimento che nodi HUB della rete ospedaliera hanno per le funzioni assistenziali a valenza interregionale, nazionale e internazionale, particolarmente nell'ambito dei trapianti, dell'assistenza alle patologie oncologiche, ortopediche e neurologiche.

Questi tre obiettivi sono stati sostanzialmente raggiunti su scala regionale per tutte le aree previste, per alcune delle quali sono anche disponibili formali valutazioni empiriche, qui brevemente richiamate per l'area cardiologica e cardiocirurgica e per l'assistenza ai traumi, con lo scopo sia di offrire un rendiconto dell'attuazione di uno dei punti più qualificanti del 3° PSR, sia di evidenziare le esperienze acquisite al fine di trasferire le lezioni apprese alla programmazione strategica dei nuovi servizi territoriali e di comunità.

- 6) La rete integrata per l'assistenza cardiologica e cardiocirurgica è composta da sei centri di cardiocirurgia (di cui quattro in ospedali privati accreditati e due in ospedali pubblici) cui si aggiungono altri sette centri di emodinamica diagnostica ed interventiva che non svolgono attività cardiocirurgica. La attività dei 13 Centri di cardiologia interventiva e cardiocirurgica è monitorata dalla Commissione cardiologia e cardiocirurgica regionale, composta da clinici delle strutture pubbliche e private partecipanti, con il compito di programmare il fabbisogno di attività nei diversi settori; dare indicazioni sulla appropriatezza clinica ed organizzativa; valutare la qualità della assistenza e monitorare i tempi di attesa.

I risultati ottenuti qualificano la RIS di cardiologia e cardiocirurgia come un punto di eccellenza nazionale ed internazionale, in ragione della frequenza di interventi e della loro appropriatezza. Il tasso regionale per bypass aorto-coronarico è attualmente di 47 interventi per 100.000 abitanti, con tempi di attesa sempre inferiori ad un mese (mediana di 7 giorni); bassa mortalità (tasso di mortalità complessivo di 2,3%, in linea con le migliori esperienze nazionali ed internazionali, nonostante l'aumento del grado di complessità della casistica operata, osservato nel corso degli ultimi anni). Il sistema ha mostrato anche un alto grado di flessibilità professionale e organizzativa come dimostrano la tempestiva adozione e la rapida adozione con un elevato grado di appropriatezza clinica nell'utilizzazione degli stent medicati a rilascio di farmaco (DES - Drug Eluting Stent), ed il successo del programma regionale per la diffusione della angioplastica primaria nell'assistenza all'infarto miocardico acuto.

Gli stent medicati a rilascio di farmaco (DES), sono stati disponibili nella Regione Emilia-Romagna fin dalla loro comparsa nel mercato nell'aprile 2002 e sono stati utilizzati dai 13 Centri regionali in base a criteri espliciti elaborati dalla Commissione regionale, che ha curato anche il monitoraggio e la valutazione periodica del loro impatto. Questo ha favorito un loro uso appropriato ed ha contribuito a prevenire lo sviluppo di un mercato privato parallelo con oneri a carico del paziente osservato in altre regioni.

Il programma per la diffusione della angioplastica primaria nell'infarto miocardico acuto ha trovato integrale applicazione nell'area bolognese realizzando, nel primo anno di attività, una significativa riduzione della letalità nei ricoveri per infarto miocardico acuto, grazie ad una profonda riorganizzazione del funzionamento dei servizi di emergenza e di assistenza, che sono stati integrati in Area metropolitana fra la nuova Azienda USL e la Azienda Ospedaliero-Universitaria.

- 7) Il sistema di assistenza ai pazienti con gravi traumi (SIAT – sistema integrato di assistenza ai traumi) attivato in base alle indicazioni del 3° PSR, è stato realizzato

nelle tre aree geografiche previste, con riferimento alle sedi HUB (Trauma service) di Cesena per la Romagna, di Bologna per l'Area Emilia Centro e di Parma per l'Area Emilia Nord.

L'organizzazione a rete ha realizzato l'interdipendenza fra le strutture SPOKE collocate negli ospedali del sistema ed i loro rispettivi centri di riferimento sia nella fase di emergenza sia in quella di recupero e di riabilitazione, garantendo tempestività nella fase dell'emergenza e continuità della assistenza nelle fasi successive. Tutte le fasi sono coordinate da gruppi clinici multidisciplinari e multiprofessionali delle strutture che compongono tutti i nodi della rete che intervengono nelle diverse fasi (emergenza; intervento e terapia intensiva; riabilitazione e recupero funzionale), definendo criteri di accesso e modalità operative.

La valutazione empirica ha dimostrato che ciascun centro di riferimento (HUB) presenta volumi di attività adeguati a mantenere la competenza professionale degli operatori (oltre 300 pazienti ricoverati per anno); i pazienti ricoverati sono selezionati ad elevata gravità clinica (ISS che varia da 28 a 30) e alta complessità assistenziale (oltre un terzo dei pazienti ricoverati in ciascun centro ha richiesto una tracheotomia); bassa mortalità a 30 giorni dei pazienti ricoverati rispetto agli standard internazionali.

La valutazione ha altresì dimostrato la varietà delle soluzioni operative adattate nei diversi ambiti territoriali nello strutturare le relazioni fra i nodi operativi della rete, che si manifestano principalmente rispetto al ruolo della struttura di riferimento nell'immediato postoperatorio e nella fase di riabilitazione intensiva, evidenziata da durate di degenza nella struttura HUB che variano da 14,6 a 31,6 giorni. Dal momento che questa variabilità riflette le diverse capacità dell'ospedale in cui è collocato il nodo operativo di riferimento della rete, ed è condizionata da fattori esogeni come la provenienza del paziente e la ampiezza dell'ambito di riferimento della struttura e poiché questa non comporta differenze nella qualità dei profili di assistenza ai pazienti ricoverati, questa scelta organizzativa è stata legittimamente lasciata alle scelte operative dei Comitati di coordinamento del SIAT locale.

- 8) L'esperienza acquisita nella realizzazione delle RIS ha prodotto risultati positivi sia per i risultati acquisiti in termini organizzativi, economici e di salute, sia per le lezioni apprese sui suoi limiti specifici e sulla trasferibilità del modello all'intero sistema sanitario.

Alla prima categoria appartengono interventi di aggiornamento, revisione e ripensamento dei sistemi attualmente operanti, oltre al completamento della RIS per la assistenza oncologica e per la rete di assistenza alle malattie rare. A questi temi è dedicato un capitolo specifico del Piano e vengono qui soltanto enumerati, non necessariamente in ordine di priorità:

- a) il grado di interdipendenza operativa fra le attività assistenziali svolte nelle singole strutture (nodi) che compongono le reti delle diverse RIS è massima nel SIAT e ridotta nella Cardiocirurgia. Questa diversità richiede un adeguamento ed in alcuni casi, un ripensamento dell'attuale sistema di remunerazione dell'assistenza ospedaliera, soprattutto nell'ambito della compensazione della mobilità interaziendale e nelle relazioni con le Aziende Ospedaliere-Universitarie e con le strutture private relativamente al SIAT. Il sistema dei DRG che la Regione ha posto alla base della remunerazione dell'attività ospedaliera assume la completezza dell'episodio di assistenza presso l'ospedale

remunerato. Viceversa, il concetto di RIS presuppone la possibilità che il medesimo episodio di assistenza possa essere scomposto in fasi e momenti distinti che possono avvenire presso ospedali diversi, talora appartenenti ad Aziende sanitarie differenti.

Questo può creare iniquità nella remunerazione ed introdurre incentivi perversi nel sistema che potrebbero portare ad una diminuzione del grado di collaborazione fra le unità operative elementari (i nodi) che compongono la rete. Il sistema di remunerazione delle strutture che fanno parte del SIAT richiede quindi un ripensamento che porti ad una ridefinizione delle attuali tariffe e/o ad una rideterminazione dell'attuale sistema di remunerazione, tenendo conto delle differenze organizzative riscontrate nei diversi ambiti territoriali.

- b) le analisi condotte per valutare lo stato di attuazione e l'impatto economico e di salute delle diverse reti si basano su informazioni sanitarie ed economiche raccolte ad hoc, grazie alla collaborazione dei diversi centri, combinate con l'integrazione dei dati disponibili in diversi data base amministrativi, principalmente derivati dalla Scheda di dimissione ospedaliera. I risultati ottenuti sono per molti aspetti soddisfacenti e l'esercizio ha costituito una importante occasione di apprendimento sia a livello regionale che a livello locale. Tuttavia, sia i gruppi di clinici che nelle diverse forme coordinano il funzionamento di ciascuna rete, ne effettuano il monitoraggio e ne valutano periodicamente l'impatto, clinico ed economico, sia il governo del sistema a livello regionale necessitano che queste informazioni siano disponibili routinariamente e non solo per effetto di iniziative specifiche. Lo sviluppo di sistemi informativi clinici ed economici integrati, derivati dalla Scheda di dimissione ospedaliera e per estensione di sistemi già esistenti (come ad es. il Registro REAL per la cardiologia interveniva ed il prossimo registro regionale dei traumi) deve quindi essere assunto come una priorità organizzativa del PSSR.
- c) le innovazioni di prodotto nel campo dell'assistenza cardiologica (angioplastica impianto di stent) hanno influenzato il disegno dei rapporti tra i nodi della rete e il percorso che in essa compiono i pazienti. L'uso dei servizi cardiologici si è profondamente modificato, il ruolo delle terapie intensive coronariche è cambiato, ma tali cambiamenti non sono stati accompagnati da un'analisi dell'opportunità di mantenimento dell'assetto preesistente dei servizi. Al ridisegno dei percorsi dei pazienti non è corrisposto un analogo e coerente ridisegno delle strutture destinate ad accoglierli. In generale (e non solo nel campo della cardiologia interventistica) è necessario che le innovazioni siano accompagnate e sostenute da attività di ricerca e monitoraggio che ne assicurino l'appropriatezza, e allorché i nuovi processi siano maturi e stabilmente innestati nel sistema sanitario, l'assetto dei servizi che era funzionale ai vecchi processi venga rivisto nella direzione di garantire la migliore efficienza di sistema e il costante adeguamento delle competenze dei professionisti che vi lavorano.
- 9) Le lezioni più importanti acquisite dallo sviluppo e dalla gestione di RIS interaziendali per l'assistenza ospedaliera riguardano la necessità, e contemporaneamente le differenze e le difficoltà, di trasferire la medesima logica programmatica ed operativa al settore della assistenza territoriale e di comunità. Le nuove relazioni dovranno instaurarsi all'interno della medesima Azienda e nei rapporti fra Aziende, soggetti del Terzo settore e Autonomie locali, che hanno competenze su servizi integrativi, complementari o sinergici con quelli direttamente

gestiti dalle Aziende sanitarie.

La riorganizzazione della assistenza territoriale e di comunità secondo una logica di integrazione organizzativa ed istituzionale, nonché di collaborazione multi- ed interprofessionale appare naturale dal punto di vista concettuale, per le caratteristiche intrinseche a questo settore e per il contesto istituzionale in cui si svolge. Essa è però anche estremamente complessa in termini istituzionali ed operativi. Per entrambi i motivi, questo costituisce quindi la priorità più "sfidante" del PSSR.

- 10) L'applicazione a livello infraziendale del concetto delle RIS ai servizi territoriali si rende necessario per motivi di ordine istituzionale, organizzativo e professionale, fra di loro interdipendenti:
- a) le grandi dimensioni raggiunte dalle Aziende sanitarie territoriali della regione, esemplificate non solo dalla nuova Azienda unica di Bologna ma anche dagli aggregati funzionali conseguiti dalle cosiddette "Aree vaste" costituite per l'esercizio di specifiche funzioni;
 - b) la forte autonomia conferita ai Distretti dalla L.R. 29/2004 come articolazione del governo aziendale e luogo privilegiato delle relazioni con le Autonomie locali, che detengono competenze istituzionali su numerosi servizi sinergici con i servizi sanitari direttamente gestiti dalla Azienda sanitaria;
 - c) lo sviluppo e la differenziazione dei servizi territoriali ed in particolare delle forme di assistenza sanitaria e sociosanitaria alternative alla degenza tradizionale, che hanno determinato una espansione quantitativa e una differenziazione qualitativa quanto a destinatari e forme di assistenza e quanto a professionalità e discipline interessate dal lato della produzione dei servizi;
 - d) la eterogeneità istituzionale e della ragione sociale dei soggetti attivi in questo settore, che comprende singoli professionisti convenzionati con il SSN, organizzazioni di volontariato, cooperative sociali, soggetti privati for profit e no profit, ecc.

Questi fattori suggeriscono la necessità di procedere oltre la semplice indicazione del 3° PSR di individuare un contenitore unico di servizi e di soggetti rappresentato dal Dipartimento delle cure primarie. Questa scelta organizzativa è riconfermata dal PSSR, che tuttavia affronta esplicitamente anche il problema della definizione e della articolazione del profilo delle responsabilità funzionali al suo interno, soprattutto per quanto riguarda il settore della assistenza primaria e sociosanitaria, nonché delle relazioni con gli altri servizi aziendali. I capitoli sul Distretto e sul Fondo per la non autosufficienza affrontano analiticamente questi temi, con particolare attenzione rispettivamente ai Nuclei delle cure primarie ed a servizi residenziali, semiresidenziali sociali ad elevata integrazione sanitaria. Indicazioni su struttura e funzionamento del Dipartimento delle cure primarie sono invece rinviate ad un documento specifico, che sarà elaborato ad integrazione degli indirizzi regionali per l'Atto aziendale.

- 11) Le peculiari caratteristiche dei servizi territoriali e di comunità richiedono meccanismi e strumenti di attuazione delle RIS diversi da quelli utilizzati con successo per le grandi specialità mediche ospedaliere. La valenza regionale o comunque sovraziendale dei servizi, la natura interaziendale delle relazioni e la relativa omogeneità istituzionale e professionale dei soggetti coinvolti rendeva possibile e persino doveroso come espressione delle responsabilità programmatiche della Regione l'approccio direttivo ed analitico alla attuazione

delle RIS ospedaliere adottato dal 3° PSR e dai suoi documenti attuativi. Numerosi elementi sconsigliano invece di adottare il medesimo schema per i servizi territoriali e di comunità:

- a) questi servizi hanno una valenza essenzialmente locale e realizzano la cosiddetta autosufficienza territoriale per ambiti di popolazione relativamente limitati, sotto la responsabilità politica dei Comitati di distretto. Una loro sovra-determinazione regionale sottrarrebbe ai Sindaci dei Comuni del Distretto un'importante funzione di indirizzo nella tutela della popolazione, escludendola dalle intese locali con la Azienda sanitaria e distorcendo il sistema di programmazione locale, articolato nei Piani di zona distrettuali per la salute e il benessere sociale e nei relativi piani annuali che comprendono i Piani delle attività distrettuali;
- b) l'eterogeneità dei soggetti istituzionali coinvolti nel processo programmatico e nella organizzazione ed erogazione dei servizi comporta una forte differenziazione e nelle competenze professionali, e si riflette nella forma delle relazioni con il SSN e quindi anche negli strumenti utilizzabili per assicurare il coordinamento degli interventi;
- c) mentre nella assistenza ospedaliera è possibile individuare una relativamente chiara divisione del lavoro, per fasi e competenze, fra i diversi nodi operativi della rete, l'assistenza territoriale è caratterizzata da processi di produzione congiunta in cui i servizi sanitari direttamente gestiti dalle Aziende sanitarie partecipano alla produzione con i servizi sociali comunali, il volontariato, il settore informale, la famiglia e il destinatario stesso del servizio. Questo contribuisce altresì a rendere più complesso prefigurare i percorsi assistenziali necessari per rispondere ai bisogni complessi e di natura eterogenea che emergono a livello territoriale, in contrasto con le caratteristiche relativamente omogenee e codificate, anche in termini di risposta assistenziale, dei bisogni sanitari dei pazienti in condizione di acuzie.

Queste sia pur sommarie considerazioni rendono tuttavia sufficientemente evidente l'opportunità che la specificazione organizzativa richiesta dalla programmazione delle RIS debba necessariamente partire dall'interno dei servizi e dalle singole Aziende sanitarie. Il nuovo stile di programmazione adottato per lo sviluppo dei servizi territoriali e di comunità non rappresenta quindi un disimpegno della Regione rispetto ad una delle più impegnative priorità della organizzazione del SSR, ma piuttosto il necessario riconoscimento delle competenze delle Autonomie locali, della autonomia organizzativa delle Aziende sanitarie relativamente a processi che riguardano la loro organizzazione interna, nonché della necessità di favorire e stimolare la partecipazione degli operatori interessati al processo di cambiamento.

L'organizzazione interna delle Aziende sanitarie, sia per quanto riguarda i rapporti fra direzione aziendale e direzione di Distretto, sia per quanto riguarda le relazioni fra articolazione distrettuale del governo aziendale ed organizzazione dipartimentale della produzione dei servizi, è affrontata negli indirizzi regionali per la stesura dell'Atto aziendale da parte delle Aziende nonché nei documenti relativi agli specifici Dipartimenti, mentre i principi generali sono stati enunciati dalla L.R. 29/2004, inclusi quelli relativi alla partecipazione organizzativa degli operatori e al ruolo del Collegio di direzione nel governo dell'Azienda e quindi anche dei processi di cambiamento.

Entro questi vincoli tuttavia, il PSSR non può non considerare i nuovi problemi di governo che la nuova organizzazione dei servizi territoriali propone a livello locale, aziendale e regionale, così come gli strumenti generali che assicurano il funzionamento generale del sistema.

- 12) E' stata ripetutamente sottolineata l'eterogeneità istituzionale e professionale dei diversi soggetti che concorrono alla produzione dei servizi territoriali, a fronte delle relazioni gerarchiche fra soggetti relativamente omogenei nell'altamente formalizzato ambiente ospedaliero. Per questo, i legami fortemente relazionali e incompleti tipici dei servizi territoriali richiedono un alto grado di fiducia, espressa anche attraverso la condivisione delle conoscenze "tacite", non codificate, che sono patrimonio di ciascuna professione e proprie di ciascun operatore. Poiché i concetti di fiducia, reciprocità e reputazione assumono una posizione preminente nel condizionare funzionalità, efficacia ed efficienza dei servizi territoriali è persino superfluo rilevare che, in questo contesto, l'obiettivo della cosiddetta "valorizzazione delle risorse umane" da parte delle aziende non è tanto una scelta, quanto una condizione necessaria per avviare la trasformazione organizzativa che si intende realizzare.

Il tema generale della inderogabile necessità delle Aziende sanitarie di dotarsi di strumenti che permettano di avvalersi delle competenze tecniche e professionali di tutti gli operatori interessati al cambiamento, richiama anche a questo scopo le indicazioni presenti nell'indirizzo regionale per l'Atto aziendale, sia rispetto alle forme di attuazione del principio della partecipazione organizzativa, sia rispetto al ruolo del Collegio di direzione. Inoltre, appare opportuno avviare un programma regionale di formazione per tutti gli operatori e gli amministratori degli enti interessati, che affronti gli aspetti organizzativi, assistenziali ed economico-finanziari connessi al processo di trasformazione in atto.

- 13) Accanto a questo tema generale emergono ulteriori elementi di particolare problematicità, la cui generalità suggerisce un intervento che assicuri una sufficiente omogeneità a livello regionale.

a) Non esiste al momento nell'ambito dei servizi territoriali e di comunità una identificazione precisa né una stratificazione gerarchica consolidata dei nodi di produzione e di distribuzione dei servizi che possa servire come fulcro per organizzare le loro relazioni reciproche.

La riorganizzazione dei servizi che si intende realizzare assume la responsabilità di identificare tali nodi fondamentali nei Nuclei delle cure primarie per quanto riguarda la medicina generale e l'assistenza primaria in generale e nelle ASP relativamente all'assistenza primaria.

b) L'eterogeneità dei numerosi soggetti attivi in questo settore interessa anche la remunerazione, che assume attualmente le forme più disparate, dalla quota capitaria (integrata da pagamenti a prestazione e per obiettivi), a pagamenti a prestazione, a contratti forfettari a seguito di gare competitive, ecc. Tali soggetti sono tuttavia accomunati dal fatto che le Aziende sanitarie rappresentano il loro pagatore unico, e spesso esclusivo. Malgrado eserciti un ruolo di virtuale monopolista è però difficile per la Azienda sanitaria realizzare l'allineamento degli incentivi economici e reputazionali fra i diversi soggetti che intervengono nelle diverse fasi del processo assistenziale, con servizi raramente sostitutivi, ma più spesso complementari, integrativi e sinergici, tali da rendere spesso difficile valutare il contributo di ciascuno.

La presenza di rendite derivanti dallo stato di monopolista naturale di un certo servizio e/o in un determinato ambito geografico; la difficoltà di definire il prodotto dei vari servizi in modo replicabile e rappresentabile attraverso sistemi informativi routinari che permettano una valutazione della sua qualità e dei suoi costi; le diverse forme di remunerazione dei singoli e dei soggetti istituzionali previste dalla disciplina attuale sono i principali elementi che rendono estremamente difficile elaborare un sistema di remunerazione che, seppure differenziato per i diversi soggetti, allinei i loro rispettivi incentivi nella medesima direzione. L'imprecisione nella determinazione dei volumi di attività di ciascun nodo, l'aleatorietà nella stima dei costi sostenuti e la difficoltà di attribuzione ai diversi soggetti crea ovviamente anche il rischio di iniquità nella remunerazione della organizzazione e nella determinazione della quota posta a carico dell'assistito.

c) La nuova organizzazione che si intende realizzare a livello territoriale richiede una forte integrazione degli strumenti informativi esistenti, così come lo sviluppo di nuovi strumenti, che siano di supporto a livello operativo, gestionale, di monitoraggio e di governo del sistema a livello locale/distrettuale, aziendale e regionale. Questa rappresenta una priorità assoluta per lo sviluppo secondo logiche di rete della applicazione della ICT ai servizi sanitari e sociali.

Non esistono tuttavia al momento esperienze consolidate e modelli compiuti, pronti per la applicazione, di programmi che integrino, rappresentandole, le attività dei diversi servizi. La Regione Emilia-Romagna ha sviluppato numerose iniziative settoriali a livello locale ed un progetto regionale, il progetto SOLE per la medicina generale; la Conferenza Stato-Regioni ha finanziato una serie di iniziative (i cosiddetti Mattoni del SSN) a livello settoriale, predisponendo ipotesi di sistemi informativi, a diverso livello di concettualizzazione e di sviluppo, nell'ambito della assistenza residenziale, domiciliare, specialistica ambulatoriale ecc. Un programma di sperimentazione, finanziata dalla Regione e che accompagni lo sviluppo progressivo della nuova rete integrata dei servizi territoriali è quindi raccomandabile.

- 14) Il Nucleo delle cure primarie (NCP) costituisce il nodo fondamentale della organizzazione a rete dei servizi territoriali e di comunità, da cui si sviluppano e verso cui convergono le reti di relazioni che governano l'assistenza territoriale. Esso rappresenta la principale articolazione organizzativa del Dipartimento delle cure primarie e costituisce la forma attraverso cui si esprime l'esercizio della responsabilità organizzativa dei medici di medicina generale (MMG), utilizzando risorse proprie del SSR.

Tale responsabilità organizzativa si esprime sui contenuti professionali del ruolo dei MMG e si indirizza principalmente alla presa in carico "globale" del profilo clinico ed assistenziale degli assistiti, attraverso la programmazione del percorso diagnostico-terapeutico, l'attivazione delle risorse professionali interne al Nucleo (o, quando opportuno, ad esso esterne ma in relazione esplicita secondo modalità prestabilite) e nelle relazioni con l'assistenza specialistica territoriale ed ospedaliera.

La valorizzazione delle competenze professionali degli operatori del NCP ed in particolare degli infermieri costituisce una condizione necessaria per l'esercizio di tale attività da parte dei MMG.

I servizi assistenziali garantiti attraverso i nuclei delle cure primarie vengono forniti secondo setting assistenziali diversi, in accordo con la differenziazione

dell'assistenza lungo una scala di intensità. Dalla presa in carico dell'assistito, all'assistenza domiciliare, alla lungodegenza il personale infermieristico gestisce le diverse fasi garantendone la programmazione nel NCP e l'erogazione nell'ambito organizzativo appropriato. La lungodegenza si situa all'estremo dell'intensità assistenziale garantita all'interno del Dipartimento di cure primarie. Essa è caratterizzata dalla gestione di pazienti ben inquadrati clinicamente e assistenzialmente, e al suo interno i MMG forniscono la consulenza clinica necessaria all'assistenza di detti pazienti, e al raccordo clinico con le consulenze specialistiche.

Il documento previsto nella direttiva alle Aziende sull'atto aziendale, e specificamente la parte dedicata al Dipartimento delle cure primarie esplicherà le possibili relazioni organizzative tra i Nuclei delle cure primarie e le funzioni di coordinamento dei Servizi infermieristici presenti nei Dipartimenti delle cure primarie. Coerentemente con gli obiettivi dichiarati, l'assegnazione di risorse infermieristiche al Nucleo potrà essere strutturale, con una gestione diretta da parte del coordinamento del Nucleo, oppure funzionale, con l'affidamento della gestione ai coordinamenti infermieristici che assicurano l'erogazione dei servizi concordati per più Nuclei.

- 15) I Piani per la salute sviluppati in tutti gli ambiti territoriali della regione a seguito delle indicazioni del 3° PSR sono un esempio di politiche di promozione della salute a valenza collettiva e a dimensione locale. L'analisi delle esperienze condotte ha dimostrato la estrema varietà degli oggetti specifici di attenzione e degli strumenti utilizzati per affrontarli. Tali differenze sono positive e sono state appositamente favorite, in quanto i PPS rappresentano iniziative intraprese per stimolare e realizzare processi collaborativi fra soggetti diversi per l'individuazione di problemi e di possibili soluzioni piuttosto che attuare programmi operativi specifici. I PPS hanno realizzato la combinazione di politiche di contrasto di fattori di rischio localmente individuati come rilevanti, con politiche di sviluppo sostenute dalla comunità locale, composta da soggetti sociali, economici ed istituzionali, che possono essere diversi a seconda dell'oggetto e dell'ambito in cui si inseriscono. Nell'affrontare i problemi della popolazione di un territorio - ambientali, occupazionali o relativi agli stili di vita - si è teso a promuovere i livelli di competenza e di capacità dei cittadini, individualmente o in forma organizzata, rispetto alla realizzazione di condizioni di salute e benessere, individuale e della comunità. Questo Piano individua nella Conferenza territoriale sociale e sanitaria, il soggetto competente ad integrare le politiche sociali, sanitarie e sociosanitarie a livello provinciale/aziendale, conseguentemente i PPS entrano a far parte sia dell'Atto triennale di indirizzo e coordinamento della CTSS, con i profili di comunità, sia dei Piani di zona distrettuali per la salute e il benessere sociale, con la declinazione di azioni e interventi a livello distrettuale. Il profilo di comunità, valorizzando ed estendendo l'esperienza dei Piani per la salute ne rappresenta lo sviluppo per quanto attiene alla conoscenza del territorio, indica le criticità per le scelte da perseguire per migliorare la salute ed il benessere e costituisce il quadro conoscitivo di riferimento per le scelte della pianificazione sociale e sanitaria di livello provinciale/aziendale e distrettuale.

CAPITOLO 1

GOVERNO CLINICO E QUALITA' DEI SERVIZI

Al fine di garantire la partecipazione di tutti gli operatori al governo delle Aziende Sanitarie, la L.R. 29/2004 ha da un lato introdotto il principio della partecipazione organizzativa e, dall'altro, istituito il Collegio di direzione (composto dai direttore di dipartimento e da rappresentanti dei medici di medicina generale e dagli specialisti convenzionati) come organo dell'Azienda, al pari del direttore generale (che mantiene tuttavia tutti i poteri di gestione) e del Collegio dei revisori.

In questo modo la funzione di governo clinico (la traduzione imperfetta, ma ormai entrata nell'uso, di clinical governance) è stata istituzionalizzata nel sistema di governo delle Aziende sanitarie, con l'obiettivo di riaffermare la loro funzione primaria di migliorare le condizioni di salute della loro popolazione di riferimento e di soddisfare le necessità di assistenza delle persone presenti nel loro ambito territoriale e di valorizzare adeguatamente a questo scopo, il contributo della componente clinico-professionale.

Peraltro la strategia della clinical governance è stata assunta dalla Regione a livello di sistema: infatti le relazioni disegnate dalla L.R. 29/2004 delineano un sistema compiuto di clinical governance, che va dalla proprietà istituzionale del sistema (il complesso ruolo giocato dalla Regione e dagli Enti locali cui spetta l'orientamento strategico del sistema regionale e, in quel quadro, dei sistemi provinciali o comunque aziendali), all'esercizio delle funzioni di governo aziendale (tipiche del management e sintetizzate ai rispettivi livelli della direzione generale e di Distretto) e alla partecipazione dei professionisti ai processi decisionali di disegno, implementazione e orientamento strategico della produzione, sono omogenee a una visione che non limita la prospettiva della clinical governance all'adeguamento degli strumenti classici dell'assicurazione della qualità all'ambiente sanitario, ma, appunto ne fa una modalità di funzionamento del sistema che va oltre il settore dei servizi sanitari e lo integra coi processi decisionali di orientamento dei diversi servizi pubblici e col governo complessivo locale.

La Regione riconferma quindi il processo di aziendalizzazione nell'organizzazione sanitaria, delineandone tuttavia un profilo profondamente diverso da quello emerso dall'applicazione della riforma Amato - De Lorenzo e per alcuni aspetti evolutivo anche rispetto alla riforma Bindi, istituzionalizzando la collaborazione fra direzione aziendale ed operatori nella definizione delle strategie aziendali e nella organizzazione dei servizi.

Strumenti per l'esercizio della nuova funzione attribuita al Collegio di direzione sono la responsabilità nell'elaborazione del sistema di audit clinico, del programma aziendale di gestione del rischio e della programmazione della formazione permanente, assieme all'esercizio delle nuove attività di ricerca e di formazione attribuite alle Aziende sanitarie.

I nuovi Dipartimenti aziendali a valenza gestionale indicati dall'indirizzo regionale per la stesura degli Atti aziendali rappresentano il luogo ottimale per l'esercizio di tali attività, realizzate attraverso la combinazione delle competenze cliniche e di quelle gestionali dei direttori di dipartimento ed i cui risultati costituiscono criteri di verifica per la valutazione dell'attività dei direttori di dipartimento e della dirigenza aziendale.

Il Collegio di direzione non rappresenta quindi un semplice organismo di supporto tecnico al governo delle organizzazioni sanitarie, ma un organo aziendale attraverso cui si sviluppa la collaborazione sistematica e continuativa fra alta dirigenza professionale e direzione aziendale su temi di sviluppo organizzativo e professionale.

Tali temi si incentrano prevalentemente sul “come” fare le cose. È infatti patrimonio delle professioni sanitarie il controllo sulla finalizzazione e le modalità di impiego degli atti professionali. Tuttavia la partecipazione dei professionisti all’orientamento generale dell’assistenza, allo sviluppo preferenziale di alcune linee di servizio rispetto ad altre, specie nei campi in cui non siano disponibili strumenti collaudati di valutazione delle opportunità alternative di impiego delle risorse, può svilupparsi appunto a partire dalle competenze sulle tecniche diagnostico-terapeutiche, sulla loro redditività teorica e sul differenziale effettivamente riscontrato nell’applicazione locale, sulle loro prospettive di sviluppo così come giudicabile dall’andamento della ricerca, in modo da fornire un punto di vista professionale, necessariamente contestabile ed indicativo, ma che rende le scelte di sviluppo più trasparenti e più facilmente correggibili a seguito di valutazione esplicita del successo o meno delle decisioni assunte.

Le funzioni attribuite al Collegio di direzione richiedono il potenziamento e la riorganizzazione delle attività di formazione di ricerca e di gestione del rischio già svolte dalle Aziende sanitarie secondo le modalità previste dagli indirizzi regionali per la stesura degli Atti aziendali da parte delle Aziende sanitarie.

In particolare, tali attività dovranno rientrare fra le competenze operative dei dipartimenti, in base agli indirizzi elaborati dal Collegio di direzione. Rinviando agli specifici capitoli del Piano per quanto riguarda la formazione e la ricerca, particolare attenzione dovrà essere rivolta alla ricomposizione unitaria, a livello aziendale e regionale, delle numerose attività sviluppate dalle Aziende sanitarie riconducibili alla gestione del rischio clinico, una delle componenti essenziali della funzione di governo clinico. Le priorità fondamentali riguardano in particolare lo sviluppo del programma aziendale di gestione del rischio, elaborato dal Collegio di direzione, posto sotto la responsabilità del direttore sanitario ed attuato nell’ambito dei Dipartimenti aziendali.

Sul piano operativo sono già stati elaborati strumenti specifici per facilitare la individuazione e la valutazione del rischio (incident reporting, analisi delle modalità di errore, analisi delle cause “profonde”, etc.), la sua gestione e prevenzione (valutazione e adozione di buone pratiche clinico-assistenziali e organizzative). Oggetti prioritari di intervento sono stati in particolare il rischio biologico e la sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere (vedi oltre); il rischio farmacologico (prescrizione e somministrazione delle terapie) ed il buon uso del sangue.

Obiettivo del Piano è di estendere queste attività a tutte le Aziende sanitarie, rendendole attività sistematiche e continuative sotto la responsabilità operativa del Direttore Sanitario.

A questo scopo dovranno essere completati a livello aziendale e sviluppati a livello interaziendale e regionale, sistemi informatizzati per la rilevazione degli eventi di interesse già in sperimentazione (segnalazioni dei cittadini, occorrenza di errori e quasi-errori, sinistri, ecc.).

Nell’ambito del più generale sviluppo di una effettiva partnership col paziente nella valutazione congiunta di rischi e vantaggi dei trattamenti e delle collaborazioni con organizzazioni collettive quali il Tribunale dei diritti del malato e di organismi aziendali come i Comitati Consultivi Misti (CCM), ha inoltre carattere prioritario lo sviluppo da parte delle Aziende della funzione di mediazione, inclusa la capacità di condurre attività di conciliazione precoce del contenzioso.

1.1 Valorizzazione del personale infermieristico e tecnico

Le modificazioni intervenute a livello legislativo – L. 26 febbraio 1999, n. 42 (Disposizioni in materia di professioni sanitarie) e L. 10 agosto 2000, n. 251 (Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica)-, in parte accompagnate da modificazioni organizzative, aprono nuove possibilità allo sviluppo dei servizi sanitari attraverso la valorizzazione del personale infermieristico e tecnico. Tale valorizzazione consiste in un allargamento delle competenze che sfrutti pienamente il carattere professionale del personale infermieristico.

I servizi infermieristici e tecnici delle aziende devono supportare quei cambiamenti organizzativi che vanno nella direzione dell'elaborazione di obiettivi assistenziali basati sul patrimonio culturale professionale, individuando le modalità di rapporto, comunicazione, negoziazione, condivisione con gli obiettivi clinici formulati dai medici. In questa direzione molti processi clinici possono essere ridisegnati, attribuendo responsabilità adeguate ai livelli decisionali esercitati, pur nell'ambito di un sistema di responsabilità che deve vedere le diverse componenti professionali che accentuano gli scambi informativi sui singoli casi e sul piano di assistenza.

L'allargamento delle competenze del personale infermieristico e tecnico non è semplice sostituzione professionale, anche se la comprende quando i processi assistenziali che sono oggetto di modifiche non utilizzavano le nuove competenze acquisite, e si basa sulle seguenti caratteristiche:

- 1) tiene conto delle evidenze presenti in letteratura. Lo sviluppo dell'evidence based nursing e i riferimenti espliciti alle buone pratiche comprovate costituiscono un indispensabile fondamento per la valorizzazione delle professioni infermieristiche e tecniche;
- 2) utilizza strumenti di pianificazione dell'assistenza come la progettazione di percorsi clinico-assistenziali concordati con il personale medico sulla base delle evidenze disponibili e comunque in un ambiente organizzativo orientato alla centralità del beneficiario dei servizi in cui gli apporti delle diverse professioni, e gli orientamenti alternativi espressi vengono valutati alla luce di questo criterio;
- 3) all'interno dei percorsi individuati identifica le aree di esercizio della professionalità infermieristica e le relazioni con le altre professionalità, utilizzando gli strumenti del case management e del disease management;
- 4) sistematizza le esperienze positive messe a punto nelle varie aree assistenziali utilizzando l'attività dell'osservatorio sull'innovazione istituito presso l'Agenzia Sanitaria regionale, e finalizza la formazione continua alle innovazioni organizzative individuate.

E' in ogni caso fatto salvo quanto previsto dal Decreto Legislativo 165/2001.

1.2 Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza

La prevenzione delle complicanze infettive correlate alle pratiche assistenziali si inserisce nell'ambito generale delle attività di gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie. Le organizzazioni sanitarie hanno affrontato da molti anni il tema del controllo delle infezioni correlate all'assistenza e questo tema ha rappresentato, in ordine di tempo, il primo programma mirato alla sicurezza del paziente in ospedale. Questo fenomeno presenta, però, specifiche caratteristiche (complessità dei determinanti e delle misure di prevenzione e controllo, varietà degli esiti clinici) che richiedono interventi

specifici e professionalità particolari nell'ambito delle Aziende sanitarie.

Questo fenomeno sta, inoltre, progressivamente acquisendo caratteristiche epidemiologiche di maggiore complessità e impatto crescente per fattori quali l'aumento di pazienti profondamente immunodepressi, le nuove tecnologie terapeutiche i cui rischi infettivi non sono ancora completamente noti, la selezione e diffusione di microrganismi resistenti agli antibiotici e l'ampliamento della rete dei servizi, che rende necessario estendere i programmi di intervento anche alle strutture residenziali territoriali e all'assistenza domiciliare.

Negli ultimi anni sono stati di conseguenza sviluppati strumenti e metodologie per la individuazione e la valutazione dei rischi (sorveglianza sulla base dei dati di laboratorio, sorveglianza delle epidemie ed eventi sentinella, sorveglianza regionale delle infezioni del sito chirurgico, sorveglianza delle infezioni in terapia intensiva) e per promuovere l'adozione di misure assistenziali dimostrate efficaci a ridurre il rischio (definizione, diffusione ed implementazione di linee guida, programmi di audit nelle aree maggiormente a rischio), con l'obiettivo di migliorare la capacità di prevenzione e controllo delle organizzazioni sanitarie.

Obiettivi specifici del Piano sono:

- estendere alle strutture residenziali ed all'assistenza domiciliare i programmi di controllo delle infezioni, orientati sia ai pazienti che al personale;
- estendere e consolidare i sistemi di sorveglianza regionali, con l'obiettivo di identificare e controllare tempestivamente i rischi evidenziati e promuovere il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza, anche attraverso la valutazione comparativa dei risultati e dei relativi processi organizzativi e assistenziali, al fine di individuare le pratiche migliori presenti nei diversi servizi e nelle varie Aziende ed analizzare le condizioni della loro trasferibilità;
- consolidare la diffusione di procedure cliniche ed assistenziali di buona qualità tecnico-scientifica attraverso la diffusione delle conoscenze, attraverso Linee guida o la diffusione delle evidenze scientifiche comunque disponibili, per facilitare la elaborazione locale di pratiche "ottimali" di comportamento organizzativo e clinico-assistenziale;
- consolidare ed estendere i programmi di formazione degli operatori addetti ai programmi di controllo delle infezioni e degli altri operatori di aree ospedaliere e di servizi territoriali a rischio elevato di infezioni;
- sviluppare indicatori per la valutazione dei programmi di controllo aziendali.

Le aree di intervento prioritarie sono rappresentate da:

- sorveglianza e controllo delle epidemie ed eventi sentinella, attraverso l'attivazione in tutte le Aziende di sistemi di laboratorio di ricerca attiva di epidemie ed eventi sentinella e la definizione di piani di intervento;
- diffusione e adozione di procedure di buona pratica professionale per la prevenzione delle infezioni, con particolare riguardo all'ambito chirurgico ed alle Unità di terapia intensiva.
- Prevenzione della selezione e diffusione di microrganismi e multiresistenti agli antibiotici, attraverso:
 - programmi di uso appropriato degli antibiotici per la profilassi chirurgica e per la terapia empirica delle infezioni;

- programmi mirati a ridurre il rischio di trasmissione crociata dei microrganismi resistenti;
- elaborazione e sviluppo di programmi di sorveglianza e controllo delle infezioni nelle strutture residenziali territoriali e nella assistenza domiciliare.

La prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza, sia in ambito ospedaliero che nei servizi sanitari e socio-sanitari territoriali e nell'assistenza domiciliare, rappresenta un mandato specifico delle Aziende sanitarie, che svilupperanno un piano-programma che individui obiettivi di breve e medio periodo, strumenti efficaci a raggiungerli, risorse specificamente dedicate.

Delle attività svolte, dei risultati ottenuti e delle risorse dedicate dovrà essere dato conto nel Bilancio di missione che ogni Azienda sanitaria è tenuta a predisporre ai sensi della L.R. 29/2004, anche in base agli specifici indicatori che saranno predisposti a livello regionale.

CAPITOLO 2

L'INTEGRAZIONE SOVRAZIENDALE: LE AREE VASTE

L'integrazione non costituisce semplicemente una scelta organizzativa ma l'attuazione di una nuova concezione della relazione tra Servizi e cittadino in un contesto di crescente complessità organizzativa e tecnologica.

La integrazione tra le diverse componenti del Servizio sanitario regionale si rende necessaria nel momento in cui, per garantire la pratica attuazione dei principi dell'universalismo, dell'inclusività e dell'equità d'accesso, il cittadino si colloca al centro di una organizzazione che, storicamente, al pari di ogni organizzazione, tende a privilegiare le dinamiche interne. Questa medesima necessità è poi ulteriormente e decisamente rafforzata dall'incremento di complessità dei processi clinici ed organizzativi nonché dalla diffusione crescente di tecnologie ad alta complessità.

Lo sviluppo delle Aree vaste come luogo della integrazione fra Aziende sanitarie per l'esercizio congiunto di funzioni specifiche rappresenta uno strumento organizzativo per consolidare e sviluppare le rispettive prerogative di autonomia territoriale a due livelli: nella organizzazione dei servizi e delle funzioni ricomprese nella cosiddetta autosufficienza territoriale, nell'ambito di un quadro di coerenza sovraziendale che conferisca all'esercizio di tali prerogative la capacità di migliorare i servizi resi alla popolazione e la migliore sostenibilità economica evitando così i rischi di frammentazione, scarsa qualità e diseconomia; nel consolidare le relazioni riguardanti l'organizzazione delle funzioni e dei servizi sanitari e dei servizi amministrativi e tecnico-professionali logistici o di supporto con bacino di utenza ottimale di dimensioni superiori a quelle della popolazione di una singola azienda e dei servizi amministrativi e tecnico-professionali logistici o di supporto.

Le esperienze di area vasta già attive nel SSR hanno aggregato le Aziende sanitarie secondo criteri geografici, storici e culturali, definendo tre territori di Area vasta relativi a Emilia Ovest (comprendente le Aziende sanitarie delle province di Piacenza, Parma, Reggio Emilia, Modena); Emilia centrale (comprendente le Aziende sanitarie delle province di Bologna e di Ferrara); Romagna (comprendente le Aziende sanitarie di Ravenna, Forlì, Cesena e Rimini).

L'esperienza di questi anni dimostra che nel campo della programmazione, della produzione dei servizi intermedi e degli acquisti è possibile costruire un graduale allargamento degli ambiti di applicazione delle integrazioni tra le aziende.

Il processo di sviluppo delle aree vaste dimostra che per alcune funzioni sono praticabili forme di concentrazione funzionale e strutturale a livello sovraziendale di servizi amministrativi, di logistica e di produzione sanitaria intermedia. Nel campo degli acquisti vi sono infatti beni per i quali la efficienza di acquisizione è migliorabile attraverso la centralizzazione dell'acquisto. L'esistenza di una struttura regionale di servizio, l'Agenzia regionale di sviluppo dei mercati telematici costituita con DGR 2163/2004 in attuazione della L.R. 24 maggio 2004, n. 11 (Sviluppo regionale della società dell'informazione), si presenta come una opportunità da praticare per volumi di acquisto e per beni ulteriori rispetto a quelli fin qui conseguiti.

L'integrazione interaziendale attraverso aree vaste costituisce una effettiva area di azione per raggiungere ulteriori obiettivi di efficienza nel SSR non solo nel campo delle funzioni amministrative e tecniche di supporto alla funzione sanitaria ma anche nel campo della organizzazione e della gestione dei servizi sanitari.

Vi sono settori di produzione di prestazioni intermedie o a prevalente funzione tecnico-logistica, sia nel campo dei servizi sanitari (laboratori, officina trasfusionale, logistica farmaceutica) quanto in quello dei servizi amministrativi (servizi di approvvigionamento, logistica economica, gestione stipendi, concorsi, formazione, copertura assicurativa,...) e tecnici (servizi di progettazione, servizi di ingegneria clinica e di fisica sanitaria, servizi informatici e centri di elaborazione dati) che si prestano a concentrazione e integrazione strutturale. Gli interventi di razionalizzazione e di ottimizzazione, che possono giungere fino alla concentrazione fisica dei settori che agiscono su questi servizi, non alterano l'equità di accesso da garantire alla popolazione ma migliorano il rendimento delle risorse e la qualità dei servizi. In altri settori, in genere quelli direttamente correlati all'assistenza sanitaria alle persone, si può e si deve agire congiuntamente per assicurare i migliori standard assistenziali possibili in condizione di massima prossimità geografica. In questi casi, dove la concentrazione provocherebbe cambiamenti nell'accessibilità ai servizi, l'integrazione da realizzare è di tipo funzionale per mantenere i servizi quanto più possibile prossimi ai destinatari senza che questo loro decentramento comprometta la qualità delle prestazioni.

Si individuano i seguenti livelli di integrazione:

- 1) organizzativo – gestionale, concernente l'individuazione delle migliori modalità d'uso delle risorse disponibili,
- 2) professionale, concernente l'individuazione e la promozione delle migliori pratiche assistenziali e l'individuazione di funzioni/servizi con bacino d'utenza sovraziendale.

Gli oggetti del primo livello fanno riferimento allo sviluppo dei servizi sanitari, al miglioramento delle condizioni di accessibilità ai servizi e alle tecnologie sanitarie nel rispetto di esplicite garanzie di cura, alla valorizzazione delle risorse immobiliari, tecnologiche e finanziarie a disposizione delle Aziende sanitarie.

Il livello professionale è realizzato nell'ambito dei servizi secondo il modello delle reti cliniche integrate e trova nelle direzioni sanitarie delle aziende di Area Vasta gli interlocutori privilegiati.

I principi guida dell'integrazione in Area vasta sono i seguenti:

- 1) Principio della non ridondanza dei servizi per programmare la distribuzione di servizi a medio – alta complessità assistenziale e alta sofisticazione del sistema tecnico evitando una loro immotivata duplicazione;
- 2) Principio della inclusività dell'organizzazione della produzione di prestazioni e servizi per fare in modo tale da evitare lo spostamento di popolazioni significative ogni qual volta sia possibile erogare le prestazioni in condizioni di maggior prossimità nel rispetto dell'imperativo di qualità tecnica e della doverosa ricerca dell'efficienza d'uso delle risorse.
- 3) Principio della differenziazione nelle vocazioni distintive o di eccellenza dei servizi sanitari delle Aziende sanitarie per guidare l'allocazione di risorse integrative, specifiche di terzo livello o sperimentali, per realizzare una rete integrata di servizi la più completa possibile.

CAPITOLO 3

II DISTRETTO

3.1 Sviluppo del Distretto

I provvedimenti legislativi regionali (L.R. 2/2003, L.R. 27/2004, L.R. 29/2004) hanno configurato l'ambito distrettuale come l'ambito per garantire una risposta integrata sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali, in quanto prossimo alla comunità locale e nel quale il cittadino e la realtà locale stessa si riconosce e si vede rappresentata e garantita nelle proprie specifiche esigenze di salute.

In particolare, per quanto riguarda la sanità, la L.R. 29/2004 completa il processo di riorganizzazione, individuando nel Distretto sanitario l'articolazione del governo aziendale in ambito territoriale. I Dipartimenti costituiscono le forme organizzative che forniscono servizi ai Distretti ed il Nucleo di cure primarie, che fa parte del Dipartimento di cure primarie, deve svilupparsi fino a rappresentare l'unità operativa fondamentale dell'assistenza territoriale. Gli obiettivi di equità nella allocazione infraaziendale delle risorse e la contabilità separata prevista per i distretti dall'art. 4 della L.R. 29/2004 evidenziando il ruolo centrale del Distretto anche rispetto agli aspetti economico-finanziari. Infine, la istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza individua nell'ambito distrettuale l'unità di riferimento fondamentale per la gestione dei servizi sociosanitari e viene posto per la sua erogazione in capo al Distretto.

Il Distretto assicura l'apporto del sistema sanitario al Comitato di Distretto ed all'ambito territoriale, che rappresenta il luogo in cui le sinergie a livello di programmazione, erogazione e valutazione dei servizi trovano il loro privilegiato luogo di azione, attraverso la formulazione dei Piani di attività territoriali, che esprimono il fabbisogno di assistenza specialistica e territoriale, in forma domiciliare, ambulatoriale e residenziale, l'integrazione tra servizi sanitari e tra attività sociali e sanitarie.

Sul lato istituzionale il direttore del Distretto rappresenta la funzione regionale e aziendale nell'ambito del Comitato di Distretto, costituisce la sede delle relazioni tra attività aziendali ed Enti locali, sul piano della programmazione, al fine di prefigurare le aree di bisogno e delineare i processi per la costruzione delle priorità di intervento. I Distretti sono chiamati a supportare insieme ai Servizi sociali dei Comuni le funzioni di programmazione e attuazione della pianificazione sanitaria e socio-sanitaria territoriale ed a costituire gli Uffici di piano.

3.1.1 L'integrazione sanitaria e socio sanitaria nel Distretto

Il cambiamento culturale ed organizzativo del Distretto ed il significato e le potenzialità dell'integrazione sociale e sanitaria sono gli elementi fondamentali che hanno portato al ripensamento delle relazioni tra istituzioni e tra servizi, sviluppando il tema dell'integrazione sociale e sanitaria a partire dal livello regionale (Assessorato politiche per la Salute, nuova Cabina di Regia), a livello locale (Conferenza territoriale sociale e sanitaria – Azienda USL) e a livello distrettuale (ruolo del Comitato di Distretto e del direttore di Distretto).

La L.R. 29/2004 individua il Distretto come sede della committenza sanitaria, per promuovere e sviluppare la collaborazione con i Comuni, nonché con la popolazione e con le sue forme associative, assicurare l'accesso ottimale all'assistenza sanitaria primaria ed ai servizi sociosanitari, favorire la partecipazione dei cittadini. Il Distretto concorre alla realizzazione del sistema sociale e sanitario integrato e, in ambito

sanitario, è sede dell'integrazione interdipartimentale, con particolare riferimento ai Dipartimenti delle cure Primarie, di salute Mentale, di sanità pubblica, assetti organizzativi fondamentali per l'organizzazione e la gestione della produzione dei servizi e delle prestazioni assistenziali.

Il nuovo sistema integrato dei servizi, delineato nella parte prima di questo Piano, concorre a chiarire ulteriormente la dimensione che deve essere presidiata dal direttore del Distretto che, in particolare:

- partecipa formalmente alla funzione di programmazione in capo al Comitato di Distretto;
- assicura, coerentemente con i contenuti degli accordi tra l'AUSL e i Comuni del distretto, il necessario apporto degli operatori, compresi i MMG, operanti a livello distrettuale ed aziendale, al funzionamento del Nuovo Ufficio di piano ed agli organismi multiprofessionali di attuazione dell'integrazione socio-sanitaria costituiti tra gli stessi Comuni e l'Azienda.

E' necessario pertanto consolidare le relazioni tra Distretti ed Enti locali ponendosi obiettivi volti ad un approccio integrato nell'analisi dei bisogni, nelle scelte delle priorità d'intervento, nell'adozione di strumenti di programmazione integrata e nella definizione di momenti organizzativi multiprofessionali integrati, per rispondere in modo adeguato alla complessità dei problemi di salute.

Gli strumenti di programmazione che assumono rilevanza in ambito distrettuale, sono: il Piano di zona distrettuale per la salute e il benessere sociale, il Programma delle attività territoriali (PAT), secondo quanto previsto dalla L.R. 29/2004, la cui definizione avviene nell'ambito del Programma attuativo annuale del piano per il benessere e la salute, il Piano delle attività per la non autosufficienza, di cui alla L.R. 27/2004. Il Piano per la salute, contenuto nell'atto di indirizzo triennale della CTSS, disegna il profilo di salute e della comunità distrettuale e pone i presupposti degli interventi prioritari per la salute ed il benessere dei cittadini. L'unificazione degli strumenti di programmazione a livello distrettuale, rappresenta un obiettivo strategico, da perseguire attraverso un processo di semplificazione e allineamento.

3.2 Il Dipartimento delle cure primarie (DCP). Il Sistema delle cure primarie

Nel ridisegno organizzativo delineato dalla L.R. 29/2004, che distingue tra responsabilità di governo aziendale, attribuite ai direttori di Distretto, e responsabilità di gestione della produzione, il direttore di Dipartimento di cure primarie ha il mandato specifico di organizzare e gestire il processo di produzione ed erogazione dei servizi dell'assistenza primaria, al fine di garantire al cittadino una risposta esauriente ai propri bisogni di salute in un determinato territorio.

Le cure primarie rappresentano il sistema di cure erogate vicino ai luoghi di vita delle persone, secondo un modello di reti integrate di servizi sanitari e sociali e di reti cliniche integrate; partendo da questo principio le cure primarie rappresentano la risposta al bisogno di unitarietà del processo di cura, inteso in senso lato "come prendersi cura di" assumendo così una connotazione anche di natura preventiva e riabilitativa.

Gli ambiti di cura in cui si esplicano le cure primarie sono identificabili nell'assistenza offerta dalla medicina generale e dalla pediatria di libera scelta, l'assistenza consultoriale, i servizi rivolti alle fasce deboli (anziani, disabili, adolescenti, famiglie multiproblematiche, immigrati), l'assistenza specialistica ambulatoriale e l'assistenza farmaceutica.

I luoghi della risposta assistenziale in cui si esplicano le cure primarie sono principalmente le strutture residenziali, la casa ed i centri diurni, quali luoghi della domiciliarità, insieme alle sedi ambulatoriali e consultoriali. In particolare l'assistenza domiciliare rappresenta, in ambito distrettuale, un "set assistenziale" con struttura organizzativa definita, modalità operative consolidate ed attività specifiche svolte da équipe multiprofessionali che coinvolgono operatori dei servizi sanitari e dei servizi sociali. Occorre comunque qualificare ulteriormente l'assistenza erogata e rendere omogeneo, sul territorio regionale, a parità di condizioni cliniche, l'accesso ai diversi livelli assistenziali, ed individuare modalità di raccordo e di relazioni stabili ed efficaci fra assistenza territoriale e servizi specialistici ospedalieri.

La DGR 73/2007, che rilegge le azioni gestionali messe in atto dai diversi Dipartimenti e direzioni aziendali in funzione di una pianificazione della produzione ambulatoriale rispetto al bisogno individuato secondo i livelli di appropriatezza ritenuti adeguati, costituisce un utile riferimento a questo proposito. All'interno dei piani di produzione aziendali vanno messi a punto i modelli assistenziali adottati localmente ed adeguati in volume alla numerosità delle relative casistiche. La costruzione dei modelli assistenziali deve vedere la partecipazione dei produttori di assistenza specialistica, che vanno responsabilizzati sull'adeguatezza del modello proposto, e dei medici di medicina generale che negoziano tali modelli e li gestiscono operativamente avviando i loro pazienti per i relativi percorsi. Le relazioni descritte nella DGR 73/2007 costituiscono il banco di prova per le funzioni di progettazione e di monitoraggio dell'assistenza specialistica cui partecipano i Nuclei delle cure primarie e l'opportunità di responsabilizzazione dei leader clinici ospedalieri su aspetti di pianificazione dell'assistenza.

3.2.1 La rete dei servizi

Il modello culturale ed operativo adottato persegue, in primo luogo, la permanenza della persona presso il domicilio, nel rispetto della libertà di scelta della persona e della sua famiglia, attraverso una forte integrazione tra i servizi sanitari e tra i servizi sanitari e quelli sociali dei Comuni, per garantire percorsi integrati.

Il sistema delle cure primarie costituisce una rete in cui i nodi, cioè i produttori di prestazioni e servizi (Poliambulatorio, Consultorio, Nuclei delle cure primarie ecc.) si identificano nei luoghi fisici di produzione e di erogazione dei servizi, mentre le maglie della rete sono i percorsi, i protocolli, le procedure che li mettono in relazione.

Compito del direttore del Dipartimento delle cure primarie è di presidiare i nodi della rete, attivare le relazioni, gestire e presidiare i punti di organizzazione e di verifica tra i vari produttori e tra questi e il destinatario finale, cioè l'assistito e la sua famiglia. Gli operatori, singoli o organizzati, hanno la responsabilità professionale di produrre prestazioni di alto contenuto professionale e/o tecnologico, realizzando i percorsi operativi.

In base alla programmazione aziendale, ogni Distretto può essere dotato di strutture che, in relazione alla dotazione tecnologica e alle competenze specialistiche presenti, possono rispondere ai bisogni di un territorio più vasto, di dimensione sovra-distrettuale o aziendale.

La configurazione della rete dei servizi territoriali a livello distrettuale basata sull'alta diffusione di punti di erogazione di prestazioni di base collegati con punti di maggior specializzazione, garantisce equità distributiva nell'accesso ai servizi ed efficienza di sistema.

L'unità operativa fondamentale è il Nucleo di cure primarie (NCP) che, attraverso l'azione congiunta di MMG, PLS, infermieri, specialisti territoriali, ostetriche ed operatori socio-assistenziali, rendono possibile lo sviluppo del modello di reti integrate, finalizzato a rispondere alle diverse esigenze assistenziali sanitarie e sociali dei cittadini. Le funzioni specialistiche sono invece organizzate nei Consultori e nei Poliambulatori.

In ambito distrettuale operano il Consultorio familiare e l'Unità pediatrica di cure primarie, individuate per meglio rispondere alle integrazioni con gli altri nodi della rete distrettuale ed ospedaliera per le specifiche aree di competenza, che dovranno tenere conto, nel loro sviluppo organizzativo, del processo di evoluzione del Nucleo di cure primarie.

Le aree d'intervento del Consultorio familiare, definite da numerose leggi nazionali e regionali, hanno la finalità di garantire l'equità d'accesso alle attività svolte dal consultorio familiare, promuovere la salute sessuale, riproduttiva e relazionale del singolo, della coppia e della famiglia attraverso interventi socio-sanitari che si realizzano anche in collaborazione con gli Enti e le Istituzioni locali, le associazioni di volontariato, i coordinamenti aziendali di educazione alla salute e che si esplicano in diversi ambiti di attività.

Gli operatori dei Consultori familiari hanno sviluppato negli anni una specifica competenza alla presa in carico, alla consulenza e al lavoro in équipe e ciò risulta fra i punti di forza peculiari del servizio. L'équipe è costituita funzionalmente da ostetrica, ginecologo, psicologo, assistente sociale, che per attività specifiche può avvalersi di altre figure professionali quali dietista, dietologo, andrologo, genetista, senologo, etc.

La presenza dell'équipe multiprofessionale è finalizzata alla tutela dell'integrità psicofisica/relazionale dell'utente e della continuità della presa in carico su una domanda di prevenzione e di salute unita a volte anche a situazioni di sofferenza e disagio.

Nel Dipartimento delle cure primarie il Consultorio familiare è il punto di riferimento distrettuale per la salute sessuale/relazionale e riproduttiva, fornisce prestazioni specialistiche, integrate con i servizi distrettuali e ospedalieri, con il Dipartimento di salute mentale e di sanità pubblica ed è garante dei percorsi e dei programmi offerti agli utenti per concludere l'iter diagnostico-terapeutico.

Considerando che alcune funzioni trovano una più efficace collocazione nell'ambito dei Nuclei di cure primarie è necessario un riorientamento dei servizi consultoriali. In particolare, alcune attività consultoriali quali ad esempio la contraccezione, la promozione dell'allattamento al seno, il monitoraggio della gravidanza fisiologica, la prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse possono essere efficacemente realizzate anche in collaborazione con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta nell'ambito dei Nuclei di cure primarie. La scelta dei luoghi fisici e delle articolazioni organizzative dove erogare tali linee di servizio deriverà da considerazioni di opportunità di varia natura (identificazione di sedi dei Nuclei delle cure primarie dove siano presenti adeguati spazi per le diverse attività che possano essere messi facilmente in relazione di servizio, ovvero mantenimento dei servizi consultoriali nelle sedi preesistenti dove sono concentrati i servizi relativi per Nuclei delle cure primarie che singolarmente non offrirebbero la quantità sufficiente di assistiti a frazioni distribuite delle équipe territoriali).

L'Unità pediatrica di cure primarie (UPCP), composta dai PLS, PDC, ASV e infermieri, è finalizzata a promuovere il concetto di salute e di prevenzione nella fascia pediatrica e a realizzare nel territorio un approccio unitario e programmato, capace di promuovere e facilitare la crescita sana fisica e psichica del bambino, anche attraverso un sostegno ai genitori e agli operatori delle istituzioni educative per ricercare insieme a loro soluzioni ai problemi ed evitare che abbiano a trasformarsi in patologie.

L'UPCP sviluppa legami funzionali continuativi con i servizi ospedalieri e specialistici, in particolare la neuropsichiatria infantile e i servizi sociali, disegnando interfacce prestabilite che esaltino il contributo multiprofessionale, per qualificare ulteriormente l'assistenza pediatrica distrettuale ai bambini con patologia cronica e a rischio psicosociale. In particolare va sviluppata la funzione di raccordo tra i diversi servizi che hanno in carico il bambino, per orientare e sostenere le famiglie nei diversi passaggi e per attivare percorsi di semplificazione e di integrazione tra i servizi territoriali ed ospedalieri di riferimento per la patologia, nell'ottica della centralità del pediatra di famiglia. L'UPCP promuove, in collaborazione con i servizi di riferimento, interventi educativi e di auto-aiuto per le famiglie che si trovano a gestire carichi assistenziali impegnativi, come nel caso di bambini multiproblematici o con patologia invalidante, perché acquisiscano strumenti per fronteggiare la situazione e fare scelte consapevoli.

3.2.2 I percorsi assistenziali integrati

L'obiettivo è di garantire alle persone affette da patologie croniche, alle persone con disabilità gravi e alle persone alla fine della vita, un percorso assistenziale integrato, attraverso lo sviluppo, la qualificazione e la specializzazione della rete dei servizi, valorizzando e sostenendo il ruolo delle famiglie e privilegiando quale sede di elezione il domicilio.

Il presupposto fondamentale per assicurare la continuità delle cure e il soddisfacimento di bisogni eterogenei è la realizzazione di percorsi assistenziali integrati; a tal fine è necessario consolidare le relazioni funzionali tra le diverse équipes, sanitarie e socio-assistenziali, coinvolgendo gli operatori, nel rispetto dei singoli ruoli e autonomie professionali, strutturando collegamenti espliciti e visibili tra le diverse strutture erogatrici di servizi che insistono sullo stesso territorio. Si tratta perciò di consolidare l'assunto che la risposta a un bisogno complesso non può che essere offerta da forme organizzative integrate e da gruppi di professionisti provenienti anche da soggetti istituzionali diversi.

L'esistenza di bisogni eterogenei, che richiedono interventi di diversa natura ed intensità assistenziale, necessitano di una visione unitaria dei bisogni della persona, che deve orientare in tal senso l'approccio dei servizi, attraverso l'integrazione e la personalizzazione delle risposte. Il rispetto dell'unicità e delle scelte della persona costituisce riferimento sia per i modelli di intervento che per le scelte organizzative dei servizi e richiede una nuova cultura professionale.

Il ruolo della famiglia e di tutti coloro che hanno con la persona legami significativi è fondamentale per garantire un'adeguata assistenza, e un idoneo reinserimento nella vita sociale. La famiglia è, infatti, l'interlocutore privilegiato dell'équipe multiprofessionale, che da un lato entra a pieno titolo nel processo assistenziale come componente dell'équipe curante, dall'altro va riconosciuto come soggetto autonomo, con il quale stabilire un'alleanza terapeutica rispettosa delle volontà e delle autonomie.

In questo quadro è necessario diffondere la coscienza di un profondo mutamento nelle modalità di gestione delle relazioni: tra servizi, tra soggetti erogatori di assistenza, tra gruppi di professionisti.

In quest'ottica la gestione integrata del paziente, in particolare del paziente cronico, richiede l'adozione di una logica di processo assistenziale in grado di assicurare la presa in carico e la continuità delle cure attraverso il superamento di barriere organizzative, professionali ed operative. Le scelte da operare, pertanto, richiamano una forte attenzione all'utilizzo di alcuni strumenti di sistema e modalità operative che comportano l'identificazione di équipes di professionisti che assicurano una assistenza integrata e

personalizzata, l'attuazione di un piano individuale, la definizione di un coordinamento che assicuri la continuità assistenziale, l'adeguatezza degli interventi e la valutazione di efficacia del percorso di cura.

3.3 Lo sviluppo dei Nuclei delle cure primarie

L'unità operativa fondamentale dell'assistenza territoriale deve diventare il Nucleo di cure primarie (NCP), che aggrega, in un determinato ambito territoriale, medici di medicina generale e pediatri di famiglia, organizzati in forme associative, ed équipe infermieristiche dedicate all'assistenza domiciliare, che sviluppano relazioni funzionali con le équipe dei consultori familiari e pediatrici.

Tale forma organizzativa, sancita dall'accordo regionale e dalle sue integrazioni locali con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, prevede un modello organizzativo basato sulla costituzione dei Nuclei delle cure primarie e una ampia fascia di apertura degli ambulatori (fino a 12 ore) per aumentare l'accessibilità alle cure primarie. Tale modello organizzativo favorisce l'integrazione interprofessionale attraverso il maggior coinvolgimento dei MMG nelle attività distrettuali, anche al fine di migliorare i livelli di appropriatezza organizzativa e di appropriatezza clinica e permette l'ulteriore sviluppo delle esperienze fin qui condotte, che hanno trovato particolari difficoltà soprattutto nelle realtà urbane, dove maggiore è la complessità organizzativa.

L'attuale Piano determina l'ulteriore sviluppo dei NCP, con un progressivo cambiamento della loro forma organizzativa, per passare da una aggregazione funzionale, intesa come rete clinica integrata di operatori, ad una aggregazione strutturale, che rappresenti il nodo fondamentale della rete integrata di servizi distrettuali.

I NCP dovranno essere caratterizzati, compatibilmente con le caratteristiche socio-demografiche del territorio di riferimento, dalla presenza di una sede in cui viene erogata l'assistenza infermieristica, l'assistenza ostetrica e garantito l'accesso per l'assistenza sociale. La stessa sede è punto di riferimento dei MMG, dei PLS e della continuità assistenziale che possono erogarvi direttamente l'assistenza in forma associata. La configurazione strutturale potrà svilupparsi con caratteristiche specifiche che tengano conto degli ambiti territoriali di riferimento e della dimensione dei nuclei, prevedendo anche forme sperimentali di modulazione dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali.

Lo sviluppo delle cure primarie e dei nuclei deve avvenire anche attraverso una ulteriore crescita di tutte le professionalità, con particolare riferimento alle figure dell'infermiere e dell'ostetrica, al fine di consolidare una modalità organizzativa-funzionale basata sulla responsabilità professionale, correlata al bisogno assistenziale prevalente nelle diverse fasi del processo assistenziale.

In particolare, per lo svolgimento delle attività di assistenza infermieristica è necessaria una revisione dei modelli assistenziali (in particolare con lo sviluppo di competenze specifiche e diversificate) e organizzativi. Per quanto riguarda l'ostetrica del consultorio familiare, quando opera nell'ambito del NCP, diventa punto di riferimento diretto per la donna e per il Medico di famiglia in tutte le situazioni fisiologiche e organizza i percorsi per l'accesso ai punti specialistici consultoriali. Le funzioni e l'organizzazione delle figure professionali dell'infermiere e dell'ostetrica che operano nei Dipartimenti di cure primarie sono oggetto di specifici provvedimenti regionali, in attuazione della Direttiva alle Aziende sanitarie per l'adozione dell'Atto aziendale.

Il sostegno alle responsabilità familiari è parte integrante delle politiche per la salute per migliorare l'efficacia dei progetti di cura rivolti ai pazienti. E' perciò importante che la famiglia entri a pieno titolo nel processo assistenziale, divenendo anche una fondamentale risorsa nel sistema delle cure primarie, da utilizzare al meglio, per garantire un'adeguata assistenza e un idoneo reinserimento alla vita sociale.

3.3.1 Il servizio di continuità assistenziale

Lo sviluppo organizzativo dei Nuclei delle Cure Primarie, consente e orienta lo sviluppo del servizio di continuità assistenziale in modo insieme flessibile e maggiormente integrato con l'assistenza quotidiana. L'accordo Integrativo Regionale offre la possibilità di disegnare il servizio in modo aderente alle esigenze della popolazione servita, integrando, ove opportuno, le estensioni di orario dei medici di medicina generale con l'opera prestata dai medici di continuità assistenziale. Inoltre, sia le fasce orarie precedentemente coperte, sia quelle derivanti dall'applicazione locale dell'accordo, devono essere caratterizzate da soluzioni organizzative che vadano, appunto, nel senso dell'integrazione, che in questi casi è integrazione informativa e di servizio. Vanno infatti individuate le soluzioni che permettano ai medici di continuità assistenziale di accedere ai dati dei pazienti in modo da fornire assistenza coerente con quella impostata dal medico di medicina generale, per la casistica cronica, e da riferire il paziente con immediatezza al medico di medicina generale per la casistica acuta. Tale ridisegno del servizio rende anche possibile strutturare rapporti stabili tra medici di continuità assistenziale e il nucleo o i nuclei di cure primarie (a seconda delle soluzioni adottate) finalizzati all'individuazione dei comportamenti professionali coerenti con gli obiettivi di continuità del servizio.

3.4 Il ruolo dei Medici di medicina generale

Le cure primarie rappresentano un sistema complesso di servizi ed attività realizzato da una molteplicità di operatori, che fanno riferimento a differenti regole di funzionamento e molteplici tipologie di rapporti di lavoro. Nell'ambito dei Nuclei di cure primarie, infatti, un ruolo cardine è rappresentato dai medici di medicina generale, che assieme ai PLS, gli infermieri, le ostetriche e gli operatori socio assistenziali, consente lo sviluppo ulteriore del modello di reti cliniche integrate, in un contesto in cui gli strumenti del governo clinico permettono l'adozione di un sistema di autonomie e responsabilità, per rispondere in modo adeguato alle differenti esigenze sanitarie ed assistenziali dei cittadini di un determinato territorio. Il consolidamento dei NCP potrà avvenire anche attraverso il supporto da parte delle Aziende USL delle necessarie attività amministrative.

Gli obiettivi di innovazione nella organizzazione e qualificazione dell'assistenza ai cittadini trovano concreta applicazione valorizzando l'apporto professionale dei medici di medicina generale e degli altri operatori sanitari, nel sistema delle cure primarie.

Già attraverso gli Accordi regionali siglati con i medici di medicina generale, che hanno rappresentato un importante investimento, dal punto di vista organizzativo ancor prima che economico, è stato riconosciuto il NCP quale fulcro del modello organizzativo delle cure primarie, vale a dire un ambito privilegiato per realizzare gli obiettivi di qualità dell'assistenza, in termini di continuità assistenziale, integrazione delle attività territoriali, appropriatezza clinica ed organizzativa delle prestazioni, miglioramento dei percorsi assistenziali, e per supportare l'attività dei MMG, degli infermieri, delle ostetriche e di tutte le professionalità necessarie allo sviluppo dei NCP, con adeguati strumenti per il governo clinico e con attività di formazione continua.

I medici aderenti al medesimo nucleo condividono obiettivi, finalità e modalità operative indispensabili per l'espletamento dei compiti e delle funzioni loro attribuite.

La medicina di gruppo in particolare, mediante l'utilizzazione comune di dotazioni strumentali, la valorizzazione del ruolo del personale infermieristico ecc., consente l'ampliamento delle prestazioni e delle possibilità di accesso ai servizi da parte degli assistiti e la continuità dell'assistenza, anche attraverso la condivisione di linee guida diagnostico terapeutiche, specialmente per le patologie a più alta prevalenza, tra i MMG, gli specialisti e i cittadini, al fine di migliorare l'accessibilità e l'integrazione dei servizi erogati, evitando duplicazioni nelle prestazioni.

La valorizzazione delle cure primarie e il coinvolgimento decisionale del MMG in ordine all'appropriatezza ed efficacia della pratica professionale rende i MMG partecipi degli obiettivi distrettuali, per la definizione dei programmi di attività e delle scelte in merito all'allocazione delle risorse.

Ciascun Nucleo di cure primarie individua un coordinatore, che svolge funzioni di coordinamento fra i componenti del NCP e fra questi e le attività del Dipartimento delle cure primarie, anche attraverso la partecipazione alle attività di direzione a livello di Dipartimento e di Distretto secondo le modalità che saranno definite negli Atti aziendali.

In questo contesto, saranno sviluppate e diffuse a livello regionale le esperienze innovative, governate dai MMG, già attivate in alcune realtà distrettuali, rivolte prevalentemente a persone anziane con situazioni di scompenso e riacutizzazione di patologie croniche, alternative o complementari al ricovero ospedaliero e forme sperimentali di modulazione dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali.

La L.R. 29/2004 stabilisce inoltre che, attraverso la partecipazione al Collegio di Direzione, gli specialisti convenzionati ed i medici di medicina generale concorrono al governo dell'Azienda USL, in quanto concorrono alla elaborazione di proposte per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi e delle attività di ricerca ed innovazione e la valorizzazione delle risorse professionali.

Questo primo importante processo di partecipazione degli specialisti convenzionati e dei medici di medicina generale deve garantire il più ampio risultato in termini di integrazione tra professionisti chiamati a sostenere congiuntamente il Servizio Sanitario Regionale.

In tale contesto il medico di medicina generale, per il ruolo strategico che svolge all'interno del modello assistenziale, acquisisce centralità sia a livello distrettuale sia nei processi di programmazione aziendale e nelle scelte a garanzia degli obiettivi di salute, condividendo la responsabilità della presa in carico degli assistibili da parte del sistema di cure primarie.

Le politiche incentivanti previste negli accordi regionali dovranno essere indirizzate, perciò, ai risultati, prevedendo indicatori concreti e misurabili, in termini di continuità assistenziale, integrazione con le strutture ospedaliere e territoriali, e l'integrazioni delle prestazioni erogate nei percorsi diagnostico terapeutici individuati nelle sedi organizzative previste.

3.5 Le strutture dell'accesso ai servizi

3.5.1 Lo Sportello unico delle attività distrettuali

Lo Sportello unico distrettuale è lo strumento che consente la semplificazione dei percorsi amministrativi nell'accesso ai servizi e assicura l'offerta di informazioni che

orientano il cittadino nell'accesso ai servizi distrettuali. Le Aziende sanitarie proseguono nel percorso di miglioramento dell'accesso ai servizi, realizzando e consolidando, in particolare:

- la polifunzionalità degli sportelli;
- la presa in carico del cittadino per l'accesso a servizi complessi, quali ad esempio l'assistenza protesica, facilitando l'attuazione dei percorsi assistenziali, con particolare riferimento ai soggetti anziani e ai disabili.
- coordinamento e raccordo operativo con lo sportello sociale dei Comuni, al fine di semplificare i percorsi informativi e di orientamento e accompagnamento della persona (vedi anche la parte seconda del presente Piano).

3.5.2 Accessibilità ai servizi e tempi di attesa

L'effettuazione di procedure sempre più complesse in forme di assistenza diverse dal ricovero ospedaliero ordinario rappresenta una delle principali tendenze nell'evoluzione dei sistemi sanitari, che negli ultimi anni hanno spostato masse importanti di risorse dalle strutture di ricovero a quelle dedicate all'assistenza specialistica ambulatoriale, all'assistenza territoriale e a quella domiciliare.

Questa evoluzione si è realizzata con particolare celerità nella nostra regione, per effetto congiunto dei provvedimenti di riordino della rete ospedaliera e per sviluppare e qualificare il settore della specialistica ambulatoriale, cui è attualmente dedicato quasi il 17% della spesa sanitaria complessiva. Nell'ultimo triennio ha avuto particolare impulso l'ampliamento dell'attività chirurgica in regime ambulatoriale, inserendo nel nomenclatore della specialistica gli interventi di facoemulsificazione del cristallino e di sbrigliamento del tunnel carpale, per oltre 40.000 interventi annuali.

Questo è evidenziato anche dalla valutazione comparativa dei costi dei livelli di assistenza rilevati dalla contabilità analitica: il confronto effettuato nell'ambito del "tavolo nazionale di monitoraggio sui LEA" ha stimato per il 2002 un costo dell'assistenza specialistica erogata nella Regione Emilia-Romagna pari al 16,2 % del totale, a fronte di una media nazionale del 12,9%.

All'aumento quantitativo ed allo sviluppo qualitativo di questo settore innovativo della assistenza sanitaria ha corrisposto una crescente attenzione programmatica e di governo.

La Regione Emilia-Romagna è intervenuta in materia di assistenza specialistica ambulatoriale con una serie di provvedimenti e di azioni successive, tesi a definire caratteristiche, strumenti di analisi e indicatori di un settore, inserito nel più generale quadro dell'assistenza sanitaria diagnostico-terapeutica, che si configura sempre più come servizio strutturato, con meccanismi di accesso semplificati, con l'obiettivo di assicurare percorsi assistenziali qualificati e la gestione clinica complessiva del paziente fino al rinvio al medico di medicina generale.

Le strutture organizzative dedicate (Centro servizi ambulatoriale, Punti di accoglienza), individuate con la DGR 1296/1998, hanno operato, in questi anni per costruire percorsi organizzativi tesi al superamento della frammentazione nell'erogazione delle prestazioni e alla trasparenza dei criteri e delle modalità di accesso nei confronti dei cittadini.

La DGR 2142/2000 ratifica un accordo specifico tra le rappresentanze sindacali mediche, finalizzato a ridurre il numero di accessi necessari al cittadino per eseguire le indagini specialistiche e a concordare procedure per la presa in carico da parte della

struttura ambulatoriale di pazienti con problemi clinici complessi.

Con questa intesa è stato in particolare riconosciuto il ruolo centrale dello specialista ospedaliero e distrettuale nell'ambito della gestione dei percorsi attivati dal MMG e sono stati definiti strumenti funzionali al processo di semplificazione dell'accesso (modello di richiesta/referto ad uso dello specialista per gestire totalmente il percorso ambulatoriale del paziente fino al rinvio al MMG), alla realizzazione del modello organizzativo del day service ambulatoriale e alla gestione da parte del MMG del follow-up dei propri pazienti cronici secondo programmi definiti e condivisi con la struttura specialistica.

I criteri per valutare il fabbisogno e per il processo di pianificazione dell'assistenza specialistica ambulatoriale, infine, sono stati definiti nel "Rapporto sulla specialistica ambulatoriale 2002 in Emilia-Romagna" ed utilizzati dalle Aziende sanitarie per predisporre i Programmi distrettuali e aziendali del settore, approvati poi dai Comitati di Distretto e dalle Conferenze territoriali sociali e sanitarie, secondo le indicazioni contenute nella DGR 293/2005, "Accreditamento istituzionale delle strutture pubbliche e private e dei professionisti per l'assistenza specialistica ambulatoriale e criteri per l'individuazione del fabbisogno".

Il problema delle liste di attesa è stato affrontato fin dalla DGR 1296/1998, nel contesto della progressiva riorganizzazione dell'assistenza specialistica ambulatoriale e dell'istituzione dello specifico flusso informativo (flusso ASA), con indicazioni per la loro corretta gestione e per il monitoraggio dei tempi di attesa, compreso il superamento della chiusura periodica delle prenotazioni. La Regione ha inoltre definito standard specifici di 30 e 60 giorni per le visite e per le prestazioni diagnostiche programmabili, di primo accesso, e di 7 giorni per le prestazioni ambulatoriali urgenti. Il rispetto di tali standard, che costituiscono obiettivo specifico dei direttori generali delle Aziende sanitarie fin dal 1999, e periodicamente valutato a livello regionale, aziendale e locale.

Un aspetto particolarmente delicato riguarda il tema dell'accessibilità alle diverse sedi di erogazione, in termini di tempi di percorrenza e di disponibilità di mezzi pubblici, in particolare se riferite a fasce di popolazione svantaggiate quali pazienti cronici, con disabilità e anziani. In tale contesto, il tema della specialistica ambulatoriale precisa gli impegni del SSR riferiti al contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni di primo accesso, alla presa in carico del paziente cronico per i controlli periodici o il follow up per il rispetto dei tempi massimi di attesa e la garanzia del rispetto della cadenza programmata dei controlli.

Analogamente, la presa in carico di un paziente per il quale è necessaria una valutazione diagnostica comporta, a seguito della visita di primo accesso richiesta come consulenza specialistica dal MMG, il superamento della frammentazione del percorso con tempi certi per gli esami di supporto e il conseguente referto dello specialista.

La qualità della pianificazione iniziale e la tempestività delle misure correttive messe in atto devono mettere in condizione il Servizio sanitario regionale non solo di adeguarsi agli standard previsti dal piano nazionale per il contenimento dei tempi di attesa, ma anche al bisogno del singolo paziente. In particolare è necessario:

- sistematizzare gli interventi che promuovono e verificano l'appropriatezza e sfruttare pienamente gli strumenti organizzativi e gestionali che consentono di migliorare la reattività del sistema di produzione (contratti di fornitura, sistemi incentivanti, politiche tariffarie a rendimento decrescente per volumi o per grado di distanza dall'obiettivo di servizio) rendendolo massimamente sensibile al superamento dei tempi e tempestivo nell'adozione delle misure di compensazione;
- centralizzare su scala aziendale la gestione delle liste di attesa in modo da

assicurare l'applicazione uniforme di criteri obiettivi e standardizzati per la verifica della coerenza tra la durata dell'attesa e la gravità del bisogno, dando alla persona informazioni chiare sulla ragione del trattamento proposto, sulle scelte e le soluzioni possibili, sulla gravità relativa e sul conseguente bisogno di servizi, sul tempo di attesa accettabile e su ogni cambiamento che potrebbe aumentare o diminuire la sua attesa (perché e quanto attendere);

- migliorare l'affidabilità e l'utilità del sistema di classificazione tra prime prestazioni, follow up e controlli;
- verificare il catalogo delle prestazioni da assoggettare a garanzia di servizio e delle prestazioni erogabili solo a seguito di triage medico – specialistico;
- rimuovere le modalità di prenotazione di tipo nominativo non assoggettate a specifica presa in carico di tipo specialistico;
- potenziare l'offerta a CUP nelle realtà caratterizzate da consumo inferiore alla media considerata accettabile, con tempi di attesa superiori agli standard e con elevato export, subordinatamente alla piena utilizzazione delle risorse "istituzionali" (strumenti contrattuali per la gestione dell'orario di lavoro, sistema premiante, revisione dell'allocazione delle risorse tra urgenza e programmato,..) e per il tramite di forme contrattuali flessibili, sulla base della normativa vigente (per il riallineamento tempestivo della produzione a fronte del superamento dell'attesa massima) coerenti con i principi di appropriatezza e con gli obiettivi di contenimento delle attese. L'offerta integrativa è assicurata dalle aziende attraverso accordi di produzione integrativa interni e/o da contratti di fornitura con i soggetti privati accreditati.

Sarà inoltre realizzato un sistema che assicuri ai cittadini la possibilità di prenotare le prestazioni tramite un Centro Unico di Prenotazione (CUP) che operi in collegamento con gli ambulatori dei medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e le altre strutture del territorio. In particolare, è obiettivo del PSSR:

- elaborare e diffondere modalità omogenee di funzionamento finalizzate a strutturare una rete CUP in ciascuna delle 3 Aree vaste regionali, per creare una rete CUP regionale integrata.
- realizzare, nell'ambito del Progetto SOLE (Sanità On LinE), una serie di servizi informatici che permettano la condivisione di informazioni tra MMG e strutture/servizi delle Aziende Sanitarie.

Tali azioni sono discusse in dettaglio e sistematizzate come orientamenti coerenti delle diverse funzioni aziendali nella DGR 73/2007, già richiamata, che mette l'accento sul fatto che il contrasto alle liste d'attesa è la risultante di un sistema di gestione complessivo della produzione dell'Azienda, al cui interno il sistema di gestione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali non può essere disgiunto dal disegno delle linee di servizio principali. Lo spostamento della produzione riscontrato negli ultimi anni tra la degenza a ciclo continuo, a ciclo diurno e quella ambulatoriale testimoniano che i setting organizzativi in cui vengono erogate le prestazioni specialistiche non ne modificano la natura, piuttosto sono indice di maggiore o minore appropriatezza organizzativa.

3.6 La politica del farmaco

La politica del farmaco comprende l'insieme delle azioni in tema di acquisto, prescrizione, distribuzione, informazione e vigilanza con l'obiettivo di garantire al cittadino che la scelta del principio attivo è orientata da evidenze cliniche documentate, da processi di condivisione e informazione su tali evidenze, dalla loro trasferibilità alla

pratica clinica e dalla valutazione di compatibilità fra efficacia pratica e costi sostenuti.

Strumento di queste azioni è il Prontuario terapeutico regionale (PTR) (DGR 1540/2006), che rappresenta un documento di indirizzo delle scelte, punto di arrivo del lavoro svolto dalla Commissione regionale del farmaco (CRF), dalle Commissioni terapeutiche locali e dai Centri di informazione indipendente operanti nelle Aziende sanitarie della regione.

Nel periodo di validità del piano le Commissioni terapeutiche locali orienteranno il loro lavoro in modo da finalizzarlo alle criticità dei comportamenti prescrittivi riscontrati nelle aziende, utilizzando lo strumento del Prontuario terapeutico locale, sottoinsieme di quello regionale, come leva per il miglioramento dell'appropriatezza. La Commissione regionale del farmaco sosterrà dal punto di vista tecnico e scientifico questo processo, omogeneizzando il lavoro compiuto nelle diverse sedi locali, e sintetizzando gli orientamenti condivisi in versioni successive del Prontuario, che è necessariamente in un processo di adeguamento continuo sia per il continuo sviluppo della tecnologia farmaceutica, sia per l'allargamento delle aree in cui si raggiungono posizioni di consenso professionale. Tale processo di affinamento del PTR e dei Prontuari locali sarà pianificato a livello della CRF e ne saranno esplicitati gli obiettivi attesi da cui saranno derivati gli obiettivi annuali delle Direzioni generali.

A questo scopo i Servizi farmaceutici delle Aziende sanitarie devono accentuare il loro orientamento in senso clinico e utilizzare il bagaglio culturale sviluppato in questi anni, definendo contestualmente nuovi valori professionali per gli operatori coinvolti nel corretto uso del farmaco ed un nuovo ruolo per i farmacisti. Le differenze organizzative aziendali nate dalla capacità di rispondere al nuovo contesto definito dai vincoli nazionali e dagli indirizzi regionali, devono arricchire l'esperienza del SSR in tema di modelli organizzativi strutturati che tendono al miglioramento della qualità e dell'economicità dell'assistenza farmaceutica, e non dare diverse performances nel raggiungimento degli obiettivi appena dichiarati.

In quest'ottica è determinante realizzare la completa integrazione fra i servizi farmaceutici ospedalieri e quelli territoriali in ambito aziendale e interaziendale. Nella direttiva sull'Atto aziendale è stato definito il quadro generale della struttura organizzativa ritenuta adeguata a rispondere a questi bisogni ed a garantire omogeneità e coordinamento negli interventi.

Lo sviluppo di una assistenza farmaceutica orientata alla soddisfazione dei bisogni dei cittadini deve promuovere nuove conoscenze farmacologiche, cliniche e gestionali, i cui temi portanti devono essere condivisi con gli altri operatori nell'ambito di programmi aziendali di ricerca, di formazione e di formazione permanente. In questo contesto, di particolare rilevanza per la funzione aziendale di assistenza farmaceutica sono:

- il consolidamento del settore della farmacovigilanza, nella quale è impegnata una responsabilità diretta dei servizi farmaceutici quali centri di riferimento aziendali e lo sviluppo della vigilanza sui dispositivi medici;
- la collaborazione ai programmi aziendali di gestione del rischio relativamente alla prevenzione del rischio legato al farmaco, attraverso la minimizzazione degli errori di terapia, l'adozione negli ospedali e nelle strutture di ricovero e cura di metodi di ricerca per la rilevazione dell'entità e della tipologia degli errori farmacologici, l'adozione della prescrizione informatizzata, l'attivazione di sistemi di preparazione centralizzata, e la distribuzione personalizzata;
- l'attività di formazione dei componenti dei Comitati etici concorre alla qualificazione della sperimentazione indipendente nella nostra regione;

- la dispensazione di farmaci da parte degli Ospedali e delle Aziende sanitarie, compresa l'erogazione diretta alla dimissione costituisce un'occasione per migliorare la qualità delle cure, semplificare i percorsi assistenziali, fornire un'informazione mirata al paziente in sede di dimissione e di visita ambulatoriale, nonché uno strumento di razionalizzazione della spesa;
- l'istituzione delle unioni d'acquisto per farmaci, vaccini e presidi sanitari matura un processo di aggregazione nelle aree vaste e trova ulteriore e più ampia esplicitazione nel livello regionale;
- la definizione di un sistema informativo che descrive i flussi di consumo e spesa della farmaceutica ospedaliera e territoriale permette di monitorare l'andamento dei consumi nelle aziende e di fornire indicazioni sulle priorità e sulle scelte economicamente strategiche verso le quali indirizzare progettualità e risorse.

La rete delle farmacie pubbliche e private sul territorio costituisce un sistema di collaudata funzionalità ai fini della distribuzione e garantisce un servizio sull'arco delle 24 ore. Le farmacie esplicitano l'attenzione nei confronti del paziente anche con il miglioramento della struttura, con l'ottimizzazione dell'utilizzo degli spazi nel rispetto della normativa che tutela la privacy. Inoltre, con l'applicazione regionale del D.L. 18 settembre 2001, n. 347, recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria, convertito con modificazioni dalla legge 16 novembre 2001, n. 405, le farmacie convenzionate hanno sottoscritto accordi tesi a facilitare l'accesso al farmaco da parte degli assistiti e a razionalizzare la spesa. Il ruolo del farmacista integrato con le strutture distrettuali facilita al medico di medicina generale il monitoraggio dell'adesione alla terapia, del rischio connesso all'assunzione di più farmaci, delle giacenze di medicinali al domicilio del paziente, e l'erogazione di farmaci nei programmi di continuità assistenziale.

Particolare menzione merita la "distribuzione per conto", approvata con DGR 166/2007. Tale modalità di assicurazione del livello essenziale di assistenza farmaceutica necessita di un diverso approccio nell'assicurazione dell'appropriatezza prescrittiva, dovendo le Aziende sanitarie adeguare i meccanismi di controllo messi a punto per la distribuzione diretta al variare delle fonti informative. I Servizi farmaceutici dovranno perciò sviluppare competenze e procedure di controllo che mettano in relazione la documentazione presente presso le stesse farmacie, i medici di medicina generale e i centri specialistici delegati alla elaborazione dei piani terapeutici. A livello regionale sarà coordinato tale processo di riconfigurazione del monitoraggio, così come saranno identificate le caratteristiche che definiscono il "paziente complesso" per cui nella citata deliberazione viene previsto il mantenimento della distribuzione diretta anche dopo la dimissione.

CAPITOLO 4

L'ESERCIZIO UNITARIO DELLE FUNZIONI DI DIAGNOSI, CURA, RIABILITAZIONE E DI PREVENZIONE - LA RETE OSPEDALIERA PUBBLICA E PRIVATA

Le attività di ricovero ospedaliero hanno presentato una forte evoluzione in relazione sia ai tradizionali fattori esogeni, quali lo sviluppo delle tecnologie sia a fattori endogeni, quali la nuova organizzazione dipartimentale integrata e la applicazione di criteri di appropriatezza clinica ed organizzativa. La combinazione di questi due ordini di fattori in un piano programmatico di riorganizzazione della rete ospedaliera e di integrazione con i servizi territoriali residenziali e domiciliari iniziato nella Regione Emilia-Romagna nel 1996 ha portato da un lato la diffusione di modelli organizzativi quali, ad esempio, day-service ambulatoriale, Osservazione Breve Intensiva (OBI), chirurgia ambulatoriale, con una significativa ricollocazione verso altri livelli assistenziali delle attività tradizionalmente svolte in regime di ricovero, e, dall'altro, ad un forte sviluppo dell'assistenza domiciliare, oltre a forme di assistenza residenziale innovative, quali la rete degli hospice e lo sviluppo dell'assistenza residenziale e semiresidenziale per i soggetti anziani.

Per quanto riguarda l'organizzazione e la gestione dei Presidi ospedalieri le aree di intervento prioritarie sono relative a:

- modelli organizzativi, sempre più orientati a favorire l'integrazione fra l'assistenza in regime di acuzie, l'assistenza post-acuta, riabilitazione;
- organizzazione interna, con la istituzione dei dipartimenti e con l'ulteriore sviluppo del governo clinico e della partecipazione organizzativa;
- umanizzazione della assistenza, con particolare riguardo alla terapia del dolore.

In questo contesto, l'area delle "cure intermedie" dovrà assumere particolare rilevanza organizzativa e gestionale, utilizzando il momento residenziale della lungodegenza come anello di congiunzione per garantire al cittadino la continuità assistenziale nel percorso di cura dopo la dimissione dalle unità operative per acuti (dimissioni protette). Questo nuovo assetto organizzativo, che inizia ad integrare l'assistenza ospedaliera residenziale e di comunità pone l'obiettivo di sviluppare competenze e responsabilità gestionali da parte del personale infermieristico, in linea con il processo, più generale, di ridefinizione delle funzioni e delle responsabilità delle professioni.

Relativamente agli assetti organizzativi finalizzati a favorire l'integrazione, si sottolinea la necessità di esplicitare le funzioni e i ruoli dei singoli stabilimenti in relazione al rapporto con il territorio di riferimento articolando coerentemente funzioni e livelli di intensità di cura. Tale articolazione va resa operativa armonizzando i piani di investimento e le regole di funzionamento al ruolo individuato per la struttura specifica. Si deve cioè evitare il permanere di assetti dei servizi non più coerenti con una funzione ospedaliera che configura l'autosufficienza a livello provinciale/aziendale o di area vasta, e non a livello del singolo presidio o distretto.

La tempestività dell'accesso alle prestazioni in rapporto alle necessità assistenziali è elemento costitutivo dei Livelli Essenziali di Assistenza. Per garantire il raggiungimento di questo obiettivo le Aziende sanitarie e le strutture di ricovero private accreditate dovranno mettere a regime sistemi informatizzati di prenotazione che permettano di seguire il percorso di accesso dei pazienti alla prestazione di ricovero e di creare un sistema di monitoraggio a livello aziendale e regionale. Parallelamente il sistema sanitario regionale dovrà impegnarsi, nelle sue varie componenti, a definire il profilo di

appropriatezza e prioritizzazione degli accessi per gli interventi chirurgici più critici a livello locale e regionale quale condizione per la realizzazione di efficaci politiche di riduzione dei tempi di attesa, in modo da dare risposta ai bisogni dei pazienti e da garantire la efficacia degli interventi.

Un'importante area di sviluppo della rete ospedaliera regionale sia nel campo della ricerca sia nel campo delle reti assistenziali riguarda gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS).

Relativamente alla ricerca, che con la L.R. 29/2004 è entrata definitivamente tra le linee conduttrici delle politiche regionali per la salute, il potenziamento degli IRCCS va nella direzione di riconoscere e impegnare ulteriori competenze distintive, mentre riguardo alla organizzazione secondo il modello Hub&Spoke gli IRCCS vanno a costituire nodi di riferimento della rete. Questa evoluzione viene a concretizzarsi nella istituzione di una rete regionale di IRCCS che, integrando gli Istituti Ortopedici Rizzoli, avrà come riferimento territoriale le tre Aree vaste regionali e come ambiti di attività le aree della oncologia e delle neuroscienze.

L'attuazione delle previsioni programmatiche del PSR 1999-2001 secondo il modello delle reti cliniche integrate hanno portato, relativamente alle discipline di rilievo regionale, alla definizione delle linee generali di sviluppo del modello di rete per le aree di: genetica medica; malattie cardiache; malattie rare; neuroscienze; riabilitazione; sistema emergenza-urgenza sanitaria territoriale e centrali operative 118; sistema trasfusionale; terapia dei grandi traumi; terapia delle grandi ustioni; terapia intensiva neonatale e pediatrica; trapianto di organi e tessuti.

Il Piano sociale e sanitario regionale conferma la organizzazione dei servizi secondo il modello Hub&Spoke fruendo delle esperienze fin qui maturate che hanno consolidato la condivisione del modello organizzativo: ulteriore ambito di sviluppo riguarderà l'assistenza oncologica e la diagnostica di laboratorio ad elevata complessità. Si richiama l'area della riabilitazione come terreno di applicazione del modello organizzativo Hub&Spoke ove completare la realizzazione della rete e valutare i risultati raggiunti dalle reti già attivate. Inoltre manterrà il proprio particolare rilievo la attività di definizione delle reti, trasversali e per patologia, per le Malattie Rare.

Per la costituzione della rete Hub&Spoke oncologica, la pianificazione dovrà in particolare tener conto della nuova struttura IRST di Meldola (FC) con funzioni di ricerca, innovazione e assistenza, e della esigenza di individuare assetti provinciali e di area vasta che valorizzino le specificità evitandone la duplicazione e promuovano la presa in carico integrata, multidisciplinare e multiprofessionale, dei pazienti. In particolare per le realtà provinciali con la presenza di più Aziende la opportunità di evitare duplicazioni comporta la individuazione univoca di funzioni Hub e l'opportunità di realizzare un coordinamento interaziendale anche mediante l'attivazione di specifici programmi. La presa in carico integrata dovrà avere a riferimento il modello organizzativo della breast-unit ed essere realizzata prioritariamente per le neoplasie mammarie, estendendosi poi alle altre forme neoplastiche più frequenti.

Un ulteriore strumento di sviluppo della rete oncologica è rappresentato dalla "Commissione tecnico scientifica regionale per l'area dell'assistenza oncologica" che viene orientata a funzioni di governo clinico con il duplice obiettivo di supportare l'azione programmatica dell'Assessorato politiche per la salute e di fornire elementi alle Aziende sanitarie per il raggiungimento degli obiettivi di governo clinico.

La rete Hub&Spoke in campo oncologico dovrà trovare modalità di integrazione e sinergia anche nel settore della ricerca e della innovazione, dove sono già attivi

programmi specifici relativamente alla radioterapia nel trattamento del cancro della mammella e alla diffusione e uso dei trattamenti farmacologici.

4.1 Le cure palliative, l'assistenza nella fase terminale della vita e l'hospice

Relativamente all'area delle cure palliative sono già stati sviluppati programmi che hanno consentito la graduale integrazione delle nuove strutture hospice nella rete dei servizi clinico-assistenziali e il potenziamento delle cure palliative domiciliari, da anni erogate nella Regione Emilia-Romagna.

Sulla base dei risultati conseguiti, per diffondere ulteriormente le cure palliative e la terapia del dolore, s'intende proseguire secondo una strategia integrata che individui un programma complessivo d'assistenza sanitaria e socio-sanitaria in grado di coniugare appropriatezza degli interventi, sostenibilità economica ed attenzione alla centralità della persona. Tale programma prevede in particolare il completamento dell'attivazione dei centri residenziali delle cure palliative (hospice) per giungere ad una dotazione complessiva di 300 posti letto, incluso il completamento del processo di accreditamento degli hospice già operativi in applicazione della DGR 327/2004; effettuare il monitoraggio e la verifica dei risultati della rete delle cure palliative sulla base degli indicatori definiti dal D. M. 22 febbraio 2007, n. 43 (Regolamento recante: "Definizione degli standard relativi all'assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo, in attuazione dell'articolo 1, comma 169, della L. 30 dicembre 2004, n. 311"); perseguire l'integrazione con il progetto ospedale senza dolore sviluppando i temi della informazione e della comunicazione al paziente e ai cittadini.

Il programma regionale individua per il prossimo triennio i seguenti obiettivi generali:

- applicare la normativa sulla prescrizione degli oppioidi;
- elaborare raccomandazioni regionali per il controllo del dolore oncologico e per l'utilizzo appropriato dei farmaci antalgici, con particolare riguardo al controllo del dolore in oncematologia pediatrica;
- dedicare una elevata priorità alla formazione in ambito ECM;
- applicare le raccomandazioni per il trattamento del dolore post-operatorio;
- definire requisiti specifici per l'accreditamento dei centri di terapia del dolore;
- sviluppare il coordinamento regionale a supporto delle attività del programma e per la valutazione sistematica del raggiungimento degli obiettivi prefissati.

4.2 La lungodegenza

Il sistema dell'assistenza poggia sul principio della rete integrata ed organizzata secondo livelli di intensità di cura, in cui l'ospedale per acuti integra la sua attività ad alta intensità di assistenza con le attività delle fasi di postacuzie e di lungodegenza così come con le attività di residenza territoriale e con l'assistenza domiciliare.

La rideterminazione dell'intero sistema di offerta assistenziale per la gestione della fase acuta, subacuta e cronica che prenda in considerazione la componente ospedaliera integrata a quella territoriale, senza soluzione di continuità nell'assistenza ai pazienti, comporta la garanzia della "continuità delle cure" nelle varie fasi della malattia e la "presa in carico" del paziente da parte dell'organizzazione sanitaria. In questo contesto, l'area della lungodegenza da un lato sviluppa relazioni funzionali con i reparti ospedalieri per acuti e dall'altra con le residenze per la cronicità e con il domicilio, con l'obiettivo di

stabilizzare il paziente, riabilitarlo, ed affrontarne le riacutizzazioni di moderata entità.

L'area comprende da un lato un'area di postacuzie precoce in regime di ricovero ospedaliero, dove trovano risposta le problematiche sanitarie di pazienti che hanno superato la fase acuta di malattia, ma che necessitano ancora di un ulteriore periodo di ricovero per raggiungere la stabilizzazione.

Da un altro lato vi si riconosce un'area postacuzie tardiva in ambito territoriale, dove trovano risposta problematiche riabilitative collegate anche alla non autosufficienza con stabilizzazione in progressivo completamento ed in prospettiva anche pazienti "fragili" con polipatologie croniche, in fase di riacutizzazione di media entità non gestibili a domicilio per prevalenti problematiche socio-familiari, in cui l'utilizzo di prestazioni diagnostiche e terapeutiche è più limitato, ai quali occorre garantire la continuità assistenziale, attraverso interventi più concentrati sulla stabilizzazione clinica, il nursing e il recupero funzionale.

L'efficacia del servizio offerto dall'area della lungodegenza passa attraverso la propria capacità di completare il percorso di cura, ma anche di saper valutare la complessità dei bisogni socio-familiari e di accompagnare il paziente verso la collocazione residenziale o domiciliare più appropriata con risposte flessibili e personalizzate.

Seguire il percorso del paziente nei vari livelli assistenziali ed in particolare dell'anziano fragile, evidenzia le difficoltà di utilizzo di alcuni possibili percorsi del paziente, soprattutto in fase di dimissione dai reparti per acuti e postacuti o di lungodegenza, con rischio di compromissione della qualità dell'assistenza e di riflessi negativi sulla qualità della vita. E' quindi di particolare significato la relazione qualificata dell'area della lungodegenza con l'assistenza domiciliare per permettere di migliorare la presa in carico dei pazienti.

La dimissione protetta è lo strumento che permette di sostenere l'assistenza secondo la logica del processo e di migliorarne la continuità delle cure ospedale-territorio. Tale processo assistenziale prevede l'individuazione di figure infermieristiche con funzioni di case manager, sia in ambito ospedaliero che territoriale.

L'individuazione tempestiva in reparto del paziente dimissibile al proprio domicilio e il successivo raccordo con le cure territoriali, permette in modo rapido ed efficace la prosecuzione del percorso ed il coordinamento degli interventi tra infermiere, medico curante e assistente sociale.

Tutto ciò è facilitato da un nuovo posizionamento dell'Unità di valutazione multidimensionale (UVM), che orienti maggiormente la propria attività verso i casi più complessi, sulla base dei bisogni assistenziali rilevati, pur mantenendo le competenze valutative derivate dalla vigente legislazione regionale.

CAPITOLO 5

LA SANITA' PUBBLICA E VETERINARIA

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la sanità pubblica come l'insieme degli "sforzi organizzati della società per sviluppare politiche per la salute pubblica, la prevenzione delle malattie, la promozione della salute e per favorire l'equità sociale nell'ambito di uno sviluppo sostenibile".

La sanità pubblica:

- è orientata alla popolazione e parte dai bisogni di questa;
- sostiene un modello di salute globale che richiede un atteggiamento intersettoriale e multidisciplinare;
- richiede una pluralità di metodi e conoscenze appropriate;
- promuove l'empowerment della popolazione e la promozione della salute;
- si estende al di là dei confini tradizionali del settore sanitario e/o pubblico, per comprendere gli sforzi organizzati di tutta la società;
- è basata sul nesso ricerca-osservazione-azione, per influenzare e/o modificare le politiche.

La pratica della sanità pubblica si basa sulla ricerca (ossia l'applicazione delle scienze biologiche, sociali e comportamentali allo studio dei fenomeni della salute nelle popolazioni umane) e sull'azione (l'analisi dei bisogni di salute e l'organizzazione dei servizi e delle iniziative, nonché l'impiego delle risorse, utili a rispondere a tali bisogni). Praticare la sanità pubblica significa pertanto coordinare azioni ed interventi che hanno un impatto sulla salute della popolazione, anche al di là dell'ambito dei servizi sanitari in senso stretto, ma anche, ovviamente, fornire tutti i servizi sanitari necessari alla promozione della salute, alla prevenzione della malattia, alla riabilitazione fisica, sociale e lavorativa.

5.1 Le nuove prospettive dei Dipartimenti di sanità pubblica

Il PSR 1999-2001 ha introdotto nuovi concetti in materia di promozione della salute, di trasversalità delle azioni e degli obiettivi tra Enti e servizi, di attività per i Piani per la salute, individuando su tali temi il Dipartimento di sanità pubblica (DSP) quale supporto professionale privilegiato per la Direzione delle Aziende sanitarie.

Successivamente lo scenario della sanità regionale ha subito profonde trasformazioni, sia sotto l'aspetto delle modalità di programmazione sia sotto il profilo assistenziale, prevalentemente riconducibili al percorso di realizzazione del PSR stesso ed alle L.R. 11/2000, 2/2003, 21/2003 e, soprattutto, alla L.R. 29/2004.

Dall'insieme di tali atti e provvedimenti è stato costruito un "sistema regionale per la salute" profondamente innovato rispetto a quello presente all'avvio del processo di aziendalizzazione, che ha visto, per quanto riguarda la sanità pubblica, una progressiva estensione del ruolo giocato nel sistema: da erogatore di servizi specifici per il mantenimento della salute nel campo delle malattie infettive e dell'ambiente di vita e di lavoro, al contributo di analisi, lettura e prioritizzazione degli interventi non solo sanitari, ma dell'ambiente socio-economico generale che hanno rilevanza per lo stato di salute. Questo passaggio, che si è concretizzato nel complesso processo di elaborazione dei piani per la salute, si trova oggi di fronte a un'ulteriore necessità di sviluppo, che

riguarda da un lato il supporto e l'integrazione che le attività garantite dal Dipartimento di sanità pubblica possono rispettivamente dare e garantire a e con quelle fornite dagli altri Dipartimenti e dall'altro modificazioni non secondarie dei processi di lavoro interni al Dipartimento in modo che questi siano più rispondenti agli attuali standard professionali dell'assicurazione di salubrità degli ambienti di vita e lavoro.

Infatti, lo scenario attuale è caratterizzato dalla crescita di nuovi sistemi di responsabilizzazione e di processi di semplificazione amministrativa e dallo sviluppo, in sanità, della ricerca di pratiche basate su prove di efficacia. Perciò è indispensabile che i DSP partecipino più organicamente ai grandi problemi di sanità pubblica, in modo che la loro azione sia più organicamente congruente con gli obiettivi di salute perseguiti dagli altri dipartimenti e lo stile di lavoro interno superiori ordinamenti settoriali non più adeguati agli attuali sistemi di assicurazione della qualità che si sono affermati sia nel campo sanitario sia in altri settori della vita civile ed economica.

Le evoluzioni del contesto pongono tre questioni di fondo:

- la necessità di sviluppare competenze e capacità professionali su questioni e temi, anche nuovi, di alta complessità;
- il bisogno di dare forte unitarietà tecnica ed organizzativa, all'interno dei DSP, nei processi e nelle risposte;
- la necessità di integrare le proprie attività con le azioni preventive svolte dalle altre articolazioni organizzative dell'Azienda.

Da ciò nasce il nuovo ruolo del Dipartimento di sanità pubblica che deve:

- assicurare il proprio contributo al complesso sistema della Sanità Pubblica, a livello aziendale e sovraziendale, garantendo sia l'esercizio delle funzioni di analisi, promozione, orientamento, assistenza e vigilanza sui problemi di salute (pertanto sui rischi negli ambienti di vita e di lavoro e sicurezza alimentare) ma anche sui fattori determinanti la salute di una collettività, privilegiando i temi caratterizzati da maggior diffusione, gravità e percezione;
- ricercare in tali ambiti il miglioramento continuo della qualità degli interventi, costruendo e/o partecipando ad alleanze ed integrazioni con tutti i soggetti coinvolti;
- rispondere ai problemi della cronicità: la difficoltà nell'affrontare la malattia cronica ha messo al centro, come ambito d'azione a maggior potenziale di rendimento, la promozione di comportamenti "sani" e, nello stesso tempo, ha imposto modelli di lavoro interdisciplinari ed interprofessionali nella cura e nella prevenzione.

Pertanto, l'interazione tra servizi di sanità pubblica e con gli altri servizi sanitari e l'apporto di una "visione" di sanità pubblica anche all'interno dei processi assistenziali (la visione collettiva dei problemi, l'epidemiologia, la comunicazione del rischio, ecc.) sono "strategici" per la realizzazione della missione del DSP. Affinché questo si traduca in un adeguato riorientamento dei Dipartimenti di sanità pubblica delle Aziende sanitarie richiede un forte supporto delle Direzioni generali delle Aziende USL e necessita che si realizzino alcune altre condizioni, quali un governo clinico esercitato in senso coerente agli indirizzi sopra espressi dalle direzioni dei DSP; una diversa valorizzazione del personale tecnico-infermieristico attraverso processi di formazione funzionali all'allargamento delle competenze di detto personale e congrui con le modificazioni dello stile di lavoro dei professionisti laureati, ed, infine, un assetto organizzativo che favorisca tali orientamenti.

Questo tema assume pertanto un'importanza strategica, e la Regione ha emanato e potrà emanare in materia apposite linee-guida, ad integrazione degli indirizzi regionali

alle Aziende sanitarie per la predisposizione dell'Atto Aziendale.

Punti prioritari di sviluppo dell'attività dei Dipartimenti di sanità pubblica sono:

1) Attuazione del Piano regionale della prevenzione, con riferimento agli aspetti connessi agli "stili di vita" e in particolare:

- alla promozione di abitudini alimentari corrette;
- alla promozione di abitudini di vita non sedentarie;
- alla diminuzione della diffusione dell'abitudine al fumo e all'alcool.

L'esperienza dei Piani per la salute si è connotata negli anni quale strumento per supportare lo sviluppo di politiche di salute: nella fase attuativa di questo Piano le Conferenze territoriali sociali e sanitarie utilizzeranno il profilo di comunità per compiere scelte di indirizzo e coordinamento, nell'ambito dell'Atto triennale, utili ai territori per programmare e attuare strategie e interventi volti alla promozione della salute e alla prevenzione: è infatti patrimonio acquisito di questa Regione che gli interventi di promozione della salute devono sforzarsi di essere il più possibile interdisciplinari, concentrarsi a livelli diversi (individuo, famiglia, comunità e società) e considerare la necessità di intervenire anche sul contesto sociale in modo da renderlo più favorevole alla adozione di stili di vita positivi per la salute.

L'obiettivo strategico del sistema sanitario è quello di sostenere l'impegno della società per l'adozione di stili di vita sani, attraverso l'analisi e la sorveglianza dei fattori di rischio comportamentali, l'individuazione delle strategie e dei modelli operativi più efficaci, la promozione delle azioni conseguenti e la verifica del raggiungimento degli obiettivi di salute.

2) Malattie infettive

Le malattie infettive sono state recentemente causa di ripetuti allarmi a livello internazionale e fonte di forte preoccupazione nella popolazione. I fattori che hanno portato alla comparsa della SARS sono comuni anche ad altri agenti infettivi e molte delle malattie infettive scoperte recentemente sono di origine animale (le cosiddette "zoonosi"): tra queste vi sono il virus di West Nile, l'agente della Encefalopatia bovina spongiforme (la "mucca pazza"), il virus H5N1 responsabile della recente influenza aviaria ("influenza dei polli"). Parallelamente, è in costante aumento la frequenza di infezioni antibioticoresistenti ed è elevato il rischio di contrarre una infezione nel corso dell'assistenza sanitaria: il 5-10% dei pazienti ricoverati in ospedale o residenti in strutture per anziani e l'1% dei pazienti assistiti a domicilio sviluppa una infezione nel corso dell'assistenza. Le infezioni sono causa terminale di morte per moltissimi anziani. L'incidenza di tubercolosi non ha mostrato flessioni nell'ultimo decennio, nonostante gli interventi attuati; indagini recenti hanno evidenziato la necessità di migliorare la tempestività diagnostica ed il follow-up dei pazienti.

La recente epidemia di Chikungunya, che ha interessato la nostra Regione nell'estate 2007, ha richiamato l'attenzione su malattie che ritenevamo confinate in altre aree del mondo.

Il controllo delle malattie infettive richiede dunque:

- Il consolidamento e lo sviluppo di sistemi di sorveglianza più sensibili e tempestivi, integrati con i sistemi di sorveglianza delle zoonosi emergenti e riemergenti, e coordinati con i sistemi europei/internazionali;
- Il miglioramento dei piani di intervento per le malattie infettive rilevanti, in particolare

- all'interno della collettività (TB, legionellosi, meningiti, ecc.) e delle malattie di importazione nei viaggiatori e nei migranti, e lo sviluppo di piani di risposta in caso di pandemia influenzale, altre emergenze epidemiche o bioterrorismo; miglioramento che deve prevedere un esplicito e costante riferimento all'integrazione coi servizi clinici e alla definizione delle rispettive azioni e delle opportune sequenze;
- il consolidamento ed il miglioramento dei programmi per la sorveglianza ed il controllo delle infezioni associate all'assistenza sanitaria e delle infezioni antibioticoresistenti, anche attraverso un'azione sinergica con il comitato delle infezioni ospedaliere e con la Commissione terapeutica locale e con le iniziative messe a punto nei Nuclei delle cure primarie per il miglioramento dell'appropriatezza farmaceutica;
 - interventi attivi per assicurare il mantenimento degli elevati livelli di copertura vaccinale raggiunti in questa regione per le vaccinazioni ormai consolidate, il miglioramento della capacità di raggiungere attivamente le persone a rischio e l'attivazione di nuovi programmi vaccinali secondo le indicazioni regionali, anche qui valorizzando gli impegni di educazione sanitaria assunti dai Nuclei delle cure primarie.

3) Emergenze in sanità pubblica

Le recenti esperienze legate al bioterrorismo e alla SARS, ma anche il tema dei danni alla salute provocati da fenomeni meteorologici estremi (ondate di calore), o ancora il caso di epidemie o di cluster epidemici di infezioni, come la Chikungunya, e le preoccupazioni di una nuova pandemia influenzale, hanno evidenziato la necessità di mettere in atto sistemi di sorveglianza e piani di risposta che, nei modelli organizzativi e nelle logiche generali, siano in grado di affrontare le diverse tipologie di eventi.

Esiste quindi la necessità di organizzare una "rete" regionale per le emergenze di sanità pubblica, con un riferimento centrale e specifici punti di riferimento nelle Aziende sanitarie, per rispondere in modo coordinato, efficace e tempestivo.

Il nodo regionale di questa rete costituisce inoltre il punto di collegamento con il livello nazionale, che, sugli stessi temi, ha individuato nel CCM, "Centro Nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie", previsto dal D.L. 29 marzo 2004, n. 81, recante interventi urgenti per fronteggiare situazioni di pericolo per la salute pubblica, convertito, con modificazioni, dalla L. 26 maggio 2004, n. 138, la propria struttura di riferimento, prevedendo che lo stesso operi in coordinamento con le Regioni.

4) Screening oncologici

Lo screening rappresenta uno degli interventi strategici della prevenzione del cancro, e incide direttamente sulla mortalità in quanto consente il riscontro del tumore prima della sua manifestazione clinica.

Nel prossimo periodo andrà assicurata la continuità dei programmi di screening organizzati nella popolazione femminile già in atto da tempo (per i tumori del collo dell'utero e della mammella) e dovrà essere consolidato il programma di screening organizzato nella popolazione maschile e femminile per la prevenzione dei tumori del colon-retto. In particolare dovranno essere curati gli aspetti riguardanti la qualità professionale, tecnica ed organizzativa, l'integrazione dei percorsi diagnostico-terapeutici e la valutazione dell'impatto di questi programmi sul livello di salute specifico e complessivo della popolazione della regione Emilia-Romagna.

E' pertanto necessario che le strutture sanitarie coinvolte siano attrezzate per rispettare la periodicità delle chiamate e per assicurare la presa in carico tempestiva e completa delle persone risultate positive al test di screening. L'approccio di sanità pubblica tipico degli interventi rivolti alla generalità o a settori a rischio della popolazione, trova qui un evidente campo di applicazione nella gestione dei database di popolazione e quindi un rilevante fattore di miglioramento complessivo degli interventi attraverso il controllo anche operativo delle chiamate, delle risposte e dei percorsi successivi alla somministrazione delle procedure di screening e in definitiva della valutazione di impatto sulla salute dei relativi programmi.

5) Promozione di un sistema integrato di sicurezza e di miglioramento della qualità della vita lavorativa

In considerazione delle caratteristiche del mondo del lavoro nella nostra regione e delle prospettive di sviluppo di alcuni ambiti lavorativi, quali il settore dell'edilizia e in particolare la realizzazione di grandi opere viarie e infrastrutturali, che investiranno il territorio regionale nei prossimi anni, sarà necessario sviluppare ulteriormente, anche con il concorso del Comitato regionale di Coordinamento previsto dal DPCM 21 dicembre 2007, programmi mirati a:

- alla riduzione dei rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, individuando le aree a maggior rischio e pianificando interventi volti alla riduzione di specifiche criticità anche attraverso l'individuazione di indicatori di processo, di impatto e di esito che permettano di monitorare il raggiungimento degli obiettivi dei programmi;
- all'inserimento nell'attività di prevenzione degli aspetti relativi al genere, all'età, alla presenza di lavoratori immigrati, alle modalità di organizzazione del lavoro, nonché ad eventuali condizioni di marginalità;
- al miglioramento dell'omogeneità degli interventi di prevenzione e di vigilanza, anche tramite la definizione di standard di attività, per quanto riguarda sia la copertura quantitativa nel territorio, sia la metodologia degli interventi tramite il miglioramento della capacità operativa dei Servizi delle Asl.

Allo scopo devono essere consolidate:

- le attività di assistenza, vigilanza e controllo, dirette ai settori a maggior rischio infortunistico, quali le grandi opere;
- la comunicazione e la diffusione delle conoscenze in merito ai fenomeni legati alla salute dei lavoratori, nonché la valutazione e la diffusione dei risultati ottenuti;
- gli interventi di promozione e di sostegno della qualità della vita lavorativa, assunti in accordo con le parti sociali.

A questo proposito andranno progettate e sviluppate modalità di controllo che facciano largo uso delle forme di responsabilizzazione che il vigente quadro normativo assegna ai titolari delle strutture produttive.

Il tema della sicurezza nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie continua ad essere un tema di rilevante interesse per la sanità pubblica, non solo in riferimento alla salute degli operatori, ma anche a quella dei pazienti. È pertanto indispensabile che i sistemi di assicurazione della qualità dei processi sanitari siano strettamente ed esplicitamente connessi ai sistemi di assicurazione della sicurezza del lavoro in ambiente sanitario.

I Dipartimenti di sanità pubblica possono essere presenti in modo importante nel processo della gestione della sicurezza nelle Aziende Sanitarie, sia attraverso l'apporto

delle specifiche competenze sviluppate nell'ambito dell'applicazione delle norme sulla sicurezza del lavoro (il D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 (Attuazione dell'art. 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro) in rapporto con i Servizi di prevenzione e Protezione e con i medici competenti, ma anche il D.Lgs. 26 maggio 2000, n. 241 in tema di protezione dalle radiazioni ionizzanti o la normativa in tema di trattamento dei rifiuti prodotti dalle strutture sanitarie), sia attraverso una gestione dei percorsi di autorizzazione delle strutture sanitarie meno finalizzata ad aspetti formali e concretamente legata ai rischi per gli operatori e i pazienti effettivamente presenti in quella specifica struttura, e in relazione alle procedure assistenziali che in essa vengono svolte.

La procedura dell'autorizzazione riguarda la sicurezza degli operatori e dei pazienti (struttura, impiantistica, gestione delle attrezzature), il comfort dei pazienti, ma anche la prevenzione delle infezioni connesse all'assistenza sanitaria, attraverso:

- requisiti dei locali finalizzati ad evitare la trasmissione per via aerea di infezioni tra pazienti, o a consentire procedure corrette di specifiche pratiche preventive;
- requisiti degli impianti, finalizzati ad evitare la diffusione di malattie attraverso di essi;
- valutazione di procedure di prevenzione del rischio infettivo.

6) Rischi per la salute derivanti dal contesto abitativo e urbano

La correlazione tra salute e condizioni abitative e la presenza di importanti fattori di rischio legati alla organizzazione dell'ambiente urbano sono acquisizioni ormai consolidate della sanità pubblica: tuttavia questi aspetti non sono stati affrontati, nei tempi recenti, in modo coerente con la loro rilevanza, che richiede un forte impegno e l'adozione di misure a valenza molto estesa e riconducibili a politiche complessive dell'organizzazione sociale.

Occorre pertanto accentrare l'attenzione sugli aspetti connessi agli impatti sulla salute del contesto abitativo e delle scelte pianificatorie, con particolare riferimento alla promozione non solo di ambienti abitativi salubri ma che favoriscano anche l'adozione di corretti stili di vita e la creazione di un tessuto sociale solidale ed integrato.

L'obiettivo strategico del sistema sanitario è quello di orientare in tale senso le scelte pianificatorie ed edificatorie, attraverso l'analisi e la stima dei fattori di rischio presenti nel territorio indotti dalla forma, dalle dotazioni e dalle caratteristiche della città e degli edifici, nonché la valutazione di impatto sulla salute delle nuove strategie e scelte proposte.

5.2 Sicurezza alimentare

La garanzia della sicurezza alimentare è un servizio imprescindibile che il Sistema sanitario regionale deve fornire alla comunità, anche in attuazione della normativa europea, che ha recentemente subito una profonda revisione.

Una chiara identificazione delle responsabilità, le necessità di valutare l'insieme di tutta la filiera produttiva, compresa la produzione primaria, l'approccio metodologico e scientifico all'analisi del rischio, la categorizzazione del rischio, la rintracciabilità/tracciabilità degli animali e la rintracciabilità degli alimenti, compresi gli alimenti destinati all'alimentazione animale, l'istituzione dell'Agenzia europea per la sicurezza alimentare, la gestione del sistema rapido di allerta degli alimenti e dei mangimi e delle emergenze sanitarie sono gli elementi innovativi dei nuovi regolamenti

comunitari.

Parimenti al settore della produzione, nuovi e profondi cambiamenti sono stati introdotti al sistema dei controlli ufficiali. Tra questi trovano particolare evidenza: programmazione di piani di intervento mirati e coordinati con i differenti soggetti che eseguono i controlli ufficiali, identificazione delle diverse metodologie di controllo, più specifiche e consone agli obiettivi stabiliti, necessità di garantire uguali condizioni di produzione in tutto il territorio comunitario, gestione del rischio basata su concreti criteri di analisi del rischio e modulata secondo le realtà produttive territoriali e del singolo impianto, esecuzione dei controlli ufficiali secondo i criteri di gestione e di assicurazione della qualità internazionalmente riconosciuti.

A fronte delle nuove esigenze, si rende necessario supportare adeguatamente il cambiamento nel settore della produzione, accelerare il processo di riqualificazione del personale addetto ai controlli, instaurare nuove modalità di comunicazione con i consumatori.

➤ **La produzione**

Se nel settore della trasformazione e preparazione di alimenti l'introduzione e l'applicazione dell'autocontrollo risale almeno alla metà degli anni novanta, la produzione primaria ha operato prevalentemente sulla base di criteri tradizionali e non sempre supportati da un approccio metodologico e documentato.

I nuovi criteri di valutazione e gestione del rischio, l'autocontrollo, la registrazione e la dimostrazione delle azioni intraprese, ma anche le nuove tecnologie, l'approvvigionamento da un mercato sementiero, chimico, farmaceutico internazionale, rappresentano sicuramente una seria difficoltà per il produttore agricolo regionale, soprattutto se da tempo abituato ad un approccio estremamente tradizionale all'attività svolta.

Anche se le normative comunitarie pretendono dal produttore la garanzia sanitaria delle proprie produzioni, il sistema sanitario regionale deve comunque rappresentare un punto omogeneo e altamente qualificato di confronto, in grado di supportare la crescita culturale dei produttori per migliorare il livello di sicurezza degli alimenti prodotti e, allo stesso tempo, valorizzare il sistema agro zootecnico regionale.

In tale ottica occorre promuovere lo sviluppo di sistemi di sorveglianza finalizzati al corretto impiego delle pratiche agronomiche, fitosanitari in particolare, e al controllo delle malattie infettive e delle zoonosi coinvolgendo come parte attiva e costruttiva l'agricoltore e l'allevatore. Occorre pertanto sostenere percorsi che favoriscano una conoscenza approfondita della situazione aziendale, sia negli aspetti strutturali che gestionali, per arrivare a conoscere e qualificare lo stato sanitario dell'azienda, individuare le azioni correttive che devono essere adottate sulla base della singola realtà produttiva, per incidere in modo consistente sulla sicurezza degli alimenti prodotti.

Nello specifico settore dell'allevamento zootecnico, è necessario intervenire per indirizzare le scelte che favoriscono un innalzamento dei livelli di biosicurezza nei singoli impianti, una gestione corretta della tracciabilità degli animali e rintracciabilità dei mangimi utilizzati, un corretto utilizzo del farmaco, una attenta applicazione delle norme sul benessere animale.

Un ulteriore sviluppo dell'interazione già esistente con l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Lombardia e dell'Emilia-Romagna (I.Z.S.L.E-R) e la diffusione e la attuazione del Sistema di accreditamento sanitario degli allevamenti (SIAS), realizzato dall'Istituto in

accordo con la Regione, garantirà una migliore gestione dei rischi sanitari, basandosi sulla competenza e professionalità degli operatori dell'Istituto e delle Aziende Usl e sul coinvolgimento contemporaneo dell'allevatore, del veterinario aziendale, del controllo ufficiale, degli esperti dell'IZSLE-R e degli altri consulenti che gravitano attorno all'allevamento nella predisposizione e realizzazione dei piani di intervento. In particolare, nell'ambito dell'accreditamento sanitario degli allevamenti suinicoli, sarà attuato il Regolamento (CE) n. 2075/2005 della Commissione, del 5 dicembre 2005, che definisce norme specifiche applicabili ai controlli ufficiali relativi alla presenza di trichine nelle carni.

Per innalzare il livello sanitario della popolazione zootecnica sarà inoltre potenziata la rete di sorveglianza epidemiologica veterinaria attualmente supportata dal Centro epidemiologico regionale veterinario (CEREV) dell'IZSLE-R.

Nel contempo, saranno intensificati, in collaborazione con l'Assessorato all'agricoltura, i momenti di condivisione degli obiettivi e della definizione di programmi di intervento mirati con le organizzazioni professionali agricole, le associazioni di categoria, attraverso azioni di supporto informativo e formativo, partecipazione congiunta alla stesura dei manuali di buone pratiche agricole, e valutazioni pratiche di campo.

➤ **Il controllo ufficiale**

Ai medici, ai medici veterinari, ai tecnici della prevenzione dei Servizi igiene alimenti e nutrizione (SIAN) e delle Aree dipartimentali di sanità pubblica veterinaria (ADSPV) delle Aziende USL regionali la normativa vigente demanda il compito di eseguire i controlli ufficiali sull'intera filiera produttiva. La prevenzione sanitaria e la predisposizione dei relativi piani di attività deve basarsi sui processi di valutazione e gestione del rischio, come previsto dal Regolamento (CE) n. 178, del Parlamento Europeo e del Consiglio, del 28 gennaio 2002, che richiede la intensificazione del processo di riqualificazione del personale già avviato. Al riguardo va tenuto in considerazione il fatto che, al pari degli allevatori e coltivatori, il personale adibito al controllo della produzione primaria si trova a un livello di conoscenze sull'attuazione e la verifica dei piani di autocontrollo diverso rispetto a chi, da tempo, lavora nel settore della trasformazione e somministrazione.

Sulla base del piano nazionale pluriennale integrato dei controlli in sicurezza alimentare, a livello regionale saranno stabiliti, dopo una appropriata analisi del rischio e in accordo con le Aziende USL, i programmi di lavoro e i piani formativi, le modalità di registrazione dei dati di attività, il sistema informativo, i principi di valutazione del rischio, la proceduralizzazione delle attività, gli standard di funzionamento, i programmi e le modalità di esecuzione degli audit sugli operatori del settore alimentare e sull'organizzazione dell'autorità di controllo. Inoltre, verranno, per quanto consentito, abrogate pratiche inutili, dedicando maggiore attenzione allo sviluppo di procedure operative basate sull'evidenza scientifica.

Attenzione particolare dovrà essere dedicata, in sintonia e accordo con l'Agenzia sanitaria regionale, alla promozione e alla qualificazione degli operatori dei SIAN e delle ADSPV impegnati nell'esecuzione dei controlli ufficiali sulla sicurezza alimentare, salute e benessere animale previsti dal Regolamento (CE) n. 882/2004 del Parlamento Europeo e del Consiglio,

del 29 aprile 2004, relativo ai controlli ufficiali intesi a verificare la conformità alla normativa in materia di mangimi e di alimenti e alle norme sulla salute e sul benessere degli animali, mediante la formazione del personale ai criteri di qualità, l'esecuzione e l'organizzazione di audit sulle attività degli operatori della filiera alimentare e sull'organizzazione dei servizi territoriali.

Uno sforzo particolare sarà dedicato alla messa in rete delle diverse competenze e delle

differenti azioni che interessano la sicurezza alimentare, sviluppando la collaborazione di Ministero della salute, Istituto Superiore di Sanità, Università, EFSA, CNSA, Istituto Zooprofilattico Sperimentale, CEREV, ARPA, ambiente, organi di controllo, associazioni di categoria e dei consumatori per realizzare, ognuno per le proprie competenze, programmi di attività finalizzati alla sicurezza alimentare.

I piani di lavoro regionali e delle Aziende USL dovranno essere rapportati alla realtà produttiva, alla valutazione del rischio, alle risultanze dei piani di monitoraggio e sorveglianza, prevedendo revisioni periodiche per apportare, se necessario, i necessari correttivi dettati dall'analisi delle problematiche emerse.

Le modalità di gestione degli stati di allerta su alimenti e mangimi andranno riviste nell'intento di migliorare la rapidità e la razionalità dell'intervento.

Andrà incentivato l'impiego dell'audit quale strumento regionale e aziendale per valutare con sistematicità e indipendenza l'efficacia delle azioni messe in atto per raggiungere gli obiettivi fissati.

Il controllo ufficiale sulla sicurezza alimentare è supportato dalla rete laboratoristica dell'Agenzia Regionale Prevenzione e Ambiente (ARPA) dell'Emilia-Romagna e dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Lombardia e dell'Emilia-Romagna. Oltre ad eseguire le analisi sulle matrici alimentari campionate dalle Aziende USL, i laboratori pubblici devono rappresentare un riferimento tecnico scientifico per la programmazione regionale e territoriale dell'attività. Le sezioni provinciali IZS e la rete laboratoristica di ARPA devono diventare luoghi di approfondimento culturale e di interscambio di informazioni utili a migliorare da un lato l'azione di controllo e campionamento e dall'altro l'individuazione di elementi nocivi alla salute umana. In questo senso la capillare presenza territoriale e una forte autonomia tecnico gestionale dei coordinamenti tecnici regionali rappresenta un elemento essenziale per il raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano.

Per un'azione sinergica e finalizzata, è indispensabile che ARPA e IZSLE-R concordino preventivamente con la Regione gli obiettivi strategici annuali e migliorino il sistema di trasmissione dati con la Regione stessa e le Aziende USL.

All'IZSLE-R è inoltre richiesta la garanzia che il CEREV, il laboratorio chimico e di entomologia siano in grado di rispondere adeguatamente e tempestivamente alle necessità di supporto alla elaborazione delle strategie regionali in tema di sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare.

5.3 Sanità pubblica veterinaria

Gli obiettivi prioritari da perseguire riguardano il controllo della popolazione canina e felina, la tutela del benessere degli animali da compagnia, la prevenzione delle zoonosi, il controllo delle popolazioni sinantropi e la gestione delle emergenze epidemiche veterinarie. Collaborazioni strette con le amministrazioni comunali e provinciali devono caratterizzare il programma di lavoro sull'anagrafe canina, la programmazione degli interventi di limitazione delle nascite, le modalità di verifica sulla corretta gestione delle strutture di ricovero per cani e gatti e delle colonie feline. Saranno in particolare condotte campagne informative alla popolazione per la corretta detenzione degli animali e per una adeguata convivenza tra animali e popolazione che non possiede animali da compagnia per arrivare a sviluppare nei cittadini una coscienza equilibrata, basata sulla conoscenza e sul rispetto reciproco dei due ambienti (umano e animale) che costantemente interagiscono e si integrano.

CAPITOLO 6

SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE

6.1 Lo sviluppo dei servizi di salute mentale e per le dipendenze patologiche in un'ottica di integrazione

I problemi di salute mentale e le dipendenze patologiche costituiscono oggi una quota rilevante del carico di sofferenza e disabilità della popolazione generale in tutte le fasce di età. Si tratta di problemi che riconoscono cause e modelli di intervento differenti per quanto sovente si presentino sovrapposti. In un'ottica di salute pubblica è importante lavorare per una sempre migliore integrazione professionale ed organizzativa tra servizi di salute mentale adulti, di neuropsichiatria infantile e per le dipendenze patologiche, integrazione che può risultare apportatrice di rinnovamento e di slancio per tutti questi settori, con significative sinergie in aree come: i servizi per gli adolescenti, per i portatori di c.d. doppia diagnosi, le attività di comunicazione, documentazione, ricerca etc.... L'evoluzione epidemiologica e lo sviluppo dei servizi rende oramai praticabile questa integrazione con piena salvaguardia dei fondamenti teorici ed applicativi delle prassi consolidate.

Nel Piano vengono esplicitate separatamente gli indirizzi per questi settori, tenuto conto che essi richiedono livelli di analisi e di programmazione per linee sostanzialmente diverse. E' comunque compito dei vari attori coinvolti quello di valorizzare le sinergie e le collaborazioni tra servizi di salute mentale e per le dipendenze patologiche.

Ma una politica di salute mentale e di contrasto alle dipendenze patologiche non si esaurisce in indicazioni relative ai soli sistemi di cura, per quanto fondamentali essi siano. La salute mentale della popolazione è un concetto ben più vasto della semplice assenza di malattia e la sua tutela chiama direttamente in causa molteplici attori istituzionali e non, con il compito di costruire quella rete di relazioni e porre in atto quelle azioni finalizzate alla prevenzione, alla promozione della salute, alla integrazione delle attività sanitarie, socio-sanitarie e sociali.

Il Piano sociale e sanitario offre l'opportunità di realizzare compiutamente questo sistema comunitario e di fare dei temi inerenti la salute mentale e le dipendenze patologiche un'area propulsiva e fondante di questo sistema. I documenti attuativi di questo Piano dovranno declinare su base regionale e locale gli attori e gli impegni a garanzia della realizzazione di questo fondamentale settore del welfare regionale.

6.2 Linee di sviluppo dei Servizi di salute mentale e dipendenze patologiche

Lo sviluppo dei servizi di salute mentale ha conosciuto due fasi principali dalla istituzione del Servizio sanitario nazionale nel 1978 ad oggi:

una prima fase di deistituzionalizzazione che ha avuto come obiettivo principale la chiusura degli Ospedali psichiatrici ed ha comportato la contestuale attivazione dei Centri di salute mentale (CSM), dei primi Servizi psichiatrici di diagnosi e cura, delle strutture intermedie di tipo semiresidenziale. Questa fase ha comportato anche la scomposizione dell'originario contenitore manicomiale, affidando a servizi specialistici diversi dalla psichiatria funzioni sulle tossicodipendenze, sui minori, sugli anziani etc... Tale fase fu avviata nell'ambito del 1° Piano sanitario regionale, e condotta lungo tutto l'arco degli anni '80 fino a potersi considerare definitivamente conclusa nel 1997 con il pieno superamento del residuo manicomiale; un secondo momento, centrato sull'istituzione dei Dipartimenti di salute mentale (DSM), come centro di unità clinica e

gestionale, a direzione unica, articolato su più livelli di attività e votato alla qualificazione degli interventi.

Questi momenti sono stati ispirati dai due Progetti obiettivo salute mentale nazionali e declinati regionalmente tramite le delibere di Giunta regionale istitutive dei Dipartimenti di salute mentale (DGR 411 e 759/1998) e tramite il PSR 1999-2001. Questa fase ha realizzato l'integrazione della neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza nel DSM, lo sviluppo del settore residenziale, la qualificazione degli interventi mediante gli strumenti del miglioramento continuo e dell'accreditamento. Vi sono stati significativi progressi in un percorso di integrazione professionale con i Programmi dipendenze patologiche, si è verificato un forte impulso dato all'associazionismo, alle pratiche di auto-mutuo aiuto ed il coinvolgimento degli utenti e familiari nei momenti di programmazione, monitoraggio e verifica delle politiche e dei progetti.

Appare oggi necessario aprire una terza fase nella evoluzione dei servizi regionali che abbia come obiettivi:

- il consolidamento delle pratiche di presa in carico della popolazione tradizionale costituita dai cittadini con disturbi mentali gravi e persistenti, realizzando risposte ancora più convincenti e comprensive dei vari bisogni di cui sono portatori;
- l'allargamento dei compiti dei DSM a tutte le aree che contribuiscono alla salute mentale della popolazione, in tutti i suoi aspetti fisici, psicologici e relazionali ed in tutte le età della vita. Questo comporta ridisegnare la composizione dei Dipartimenti di salute mentale e rinnovare le metodologie di lavoro.

In ragione della assimilazione operatasi storicamente del termine "salute mentale" ai servizi di psichiatria, che di fatto ha attenuato il potenziale onnicomprensivo del termine stesso, deve essere ricercata una nuova denominazione al Dipartimento che raggruppa anche altri servizi oltre a quelli psichiatrici, nella misura in cui questa si riveli più adatta a significare la reale novità della missione, della visione e delle metodologie di lavoro del Dipartimento stesso. La denominazione Dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche (DSM-DP), adottata tra l'altro anche dalla Organizzazione Mondiale della Sanità, sembra oggi meglio di ogni altra rappresentare questa visione e la coesistenza all'interno del Dipartimento di metodologie e pratiche differenti.

In questa nuova visione (e nell'ambito della rete di comunità in cui è inserito) il DSM-DP deve essere la struttura operativa aziendale deputata alla organizzazione ed alla produzione delle attività finalizzate:

- alla promozione della salute mentale ed al contrasto delle dipendenze patologiche della popolazione di riferimento, secondo una concezione allargata al benessere psicologico, relazionale e sociale;
- alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione del disagio psichico, del disturbo mentale, e delle dipendenze patologiche per l'intero arco della vita.

Il DSM-DP aggrega le Unità operative di:

- neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza
- psichiatria adulti
- SerT

La pratica quotidiana testimonia altresì come i bisogni di salute mentale siano oggi ben più ampi di quelli tradizionalmente coperti dalle UU.OO. suddette. Si tratta sia di bisogni primariamente di salute mentale (disturbi psichiatrici minori, reazioni psicologiche transitorie, forme di disagio e disadattamento...) sia di bisogni associati ad altre

problematiche di salute (ad es.: nella popolazione geriatrica, nelle persone e nei carers delle persone con malattie cronico-degenerative o con gravi disabilità congenite od acquisite, etc ...)

Per quanto riguarda i primi essi devono essere affrontati in un'ottica di salute pubblica e di integrazione di tutte le risorse sociali e sanitarie del territorio, valorizzando in particolare il ruolo dei medici di medicina generale nei Nuclei delle cure primarie, secondo quanto già prefigurato nell'ambito del Programma regionale "G. Leggieri", in collaborazione con gli psichiatri, gli psicologi e tutti gli operatori di salute mentale di riferimento.

Per quanto attiene ai secondi, solo una reale presa in carico multidisciplinare e multiprofessionale può garantire una efficace assistenza. Il DSM-DP è tenuto ad una corresponsabilizzazione nella elaborazione e realizzazione dei percorsi assistenziali del paziente geriatrico, con gravi disabilità etc... Ciò potrà assumere forme diverse a seconda delle realtà locali, da semplici protocolli di collaborazione con altri Dipartimenti ed Agenzie, alla istituzione di Unità semplici o complesse del DSM-DP, come quelle di "disabilità mentale" o "psicogeriatrica", già sperimentate in alcune realtà aziendali.

Un discorso particolare merita la psicologia clinica e di comunità, che nell'ambito del sistema di cura deve garantire risposte adeguate a due ordini di bisogni:

trattamenti psicologici di riconosciuta efficacia in quadri psicopatologici definiti (ad es.: forme di psicoterapia cognitiva nei disturbi d'ansia, varie forme di psicoterapia nelle dipendenze patologiche o nei disturbi del comportamento alimentare);

cura e potenziamento dell'approccio di salute mentale in tutti i contesti in cui oltre alla risposta clinica alla malattia sia possibile intervenire sugli aspetti psicosociali della comunicazione, dell'ambiente e delle dinamiche istituzionali.

Le aree in cui le competenze della psicologia clinica e di comunità hanno trovato riscontro e si sono consolidate nell'ambito della nostra regione sono:

Area della tutela della famiglia, dell'infanzia e dell'età evolutiva (maltrattamento, abuso e trascuratezza in età evolutiva, disturbi dell'apprendimento e del comportamento, disturbi pervasivi dello sviluppo, adolescenti a rischio psicopatologico o di devianza, disturbi del comportamento alimentare, esordi psicotici precoci, famiglie disfunzionali etc...) minori, per gli ambiti dell'area consultoriale, della NPIA, dei servizi di tutela;

Area adulti, per gli ambiti della psichiatria, del SerT

Area medico-ospedaliera (l'attività di psicologia si è sviluppata nei reparti di oncologia, radioterapia, hospice, neonatologia, ostetricia, nefrologia etc...)

Area delle cure primarie (salute della donna, sostegno ai care-givers nelle malattie cronico-degenerative, disabilità gravi etc...)

Area di ricerca e formazione (sperimentazione ed implementazione di strumenti per la valutazione dell'efficacia dei trattamenti erogati, epidemiologia dei bisogni afferenti agli psicologi clinici, maggior raccordo tra attività clinica e formazione universitaria, anche utilizzando convenzioni di tirocinio e tutoraggio).

Rispetto a quanto già esistente si rileva una situazione di difformità tra le varie AUSL regionali che merita di essere affrontata e riconsiderata. Per le Aziende che non hanno già un programma od una U.O. di Psicologia, formalizzazione di una articolazione organizzativa, preferibilmente di Programma, con la quale garantire coordinamento ed unitarietà all'intervento psicologico nell'Azienda nelle sue declinazioni di Psicologia clinica e di Comunità. Tale articolazione sarà a sua volta coordinata dall'istituendo

Programma regionale che curerà l'uniformità dei contenuti tecnico-professionali e delle realizzazioni a livello regionale.

Così definito ed organizzato il DSM-DP diviene un contenitore nel quale vanno esercitate sintesi complesse, in virtù delle quali il cittadino possa trovare risposte convincenti e qualificate ai propri bisogni, risposte non contraddittorie o frammentarie per quanto possano essere rese anche da soggetti diversi. Tenuto conto dell'ottica di salute pubblica in cui il DSM-DP si muove va pertanto ben specificato nella sua organizzazione come vengono garantire le funzioni di tipo aziendale (che implicano processi assistenziali molto specializzati (ad es.: le attività di ricovero) e quelle distrettuali (più propriamente di base, di I e II livello) sotto forma di UO semplici e complesse.

E' fondamentale che il modello organizzativo realizzi una efficace matrice nella quale le responsabilità gestionali delle strutture complesse e semplici siano attribuite secondo una linea di specializzazione produttiva (ad es.: SerT, NPIA, SPDC/Emergenza, Centri di salute mentale, riabilitazione) ed incrocino altrettanto efficaci coordinamenti su base distrettuale esercitati da uno dei professionisti dirigenti delle UU.OO. di quel territorio.

Il direttore del DSM-DP è il garante del rispetto di questa duplice ottica, di specializzazione da un lato e di integrazione distrettuale dall'altro. Nelle Aziende sedi di più distretti il direttore del DSM-DP dovrà individuare tra i dirigenti delle UU.OO. semplici o complesse il referente del DSM-DP incaricato di curare l'integrazione dipartimentale, interdipartimentale ed interistituzionale in ciascun distretto.

La missione del DSM-DP consiste pertanto nella tutela della salute mentale e nel contrasto alle dipendenze patologiche di tutta la popolazione, in età evolutiva ed adulta, del proprio bacino territoriale di riferimento. Nel perseguire questa missione il DSM-DP presta la propria attenzione al benessere psichico, fisico e sociale della persona, alla sua sofferenza, al suo bisogno di esercitare la sua autonomia in qualunque situazione di diversa abilità, ai disagi ed alle sue aspettative, al rispetto della libertà, della dignità e dell'autodeterminazione.

In concreto il DSM-DP declina in questo modo la propria missione:

- garantisce l'accesso ai servizi del dipartimento favorendo il superamento di ogni forma di pregiudizio o disuguaglianza, e favorendo la crescita di una cultura che elimini ogni forma di discriminazione;
- produce prestazioni e servizi appropriati, qualificati e centrati sulla persona, favorendo la partecipazione dell'utente al proprio piano di trattamento, ed assicurando la unitarietà e continuità degli interventi con un uso razionale delle risorse;
- garantisce alla utenza di riferimento una presa in carico effettiva, comprendente le sfere sanitaria e sociale, provvedendo direttamente alla erogazione delle prestazioni di pertinenza del dipartimento ed organizzando, se necessario, l'integrazione con le prestazioni rese da altre UO od enti;
- garantisce la tutela della salute mentale, la cura dei disturbi mentali e delle dipendenze patologiche per la popolazione afferente agli istituti penitenziari esistenti nel proprio territorio, sulla base degli accordi stipulati con la Direzione del carcere locale e l'Amministrazione penitenziaria regionale;
- concorre con gli altri Dipartimenti e con le altre Agenzie preposte all'assistenza socio-sanitaria alla presa in carico di ogni cittadino portatore di bisogni sanitari o socio-sanitari, soprattutto di quello portatore di bisogni multipli o appartenente a nuclei familiari o sociali portatori di bisogni multipli;

- concorre a promuovere la salute mentale come aspetto della salute generale in ogni fascia di età, in collaborazione con tutte le altre agenzie sanitarie e sociali del territorio;
- concorre a tutelare i diritti di effettiva cittadinanza delle persone con disagio psichico, disturbo mentale e dipendenze patologiche che rischiano di produrre discriminazioni ed emarginazioni dal tessuto sociale;
- valorizza come risorsa dei servizi la partecipazione delle associazioni degli utenti, dei loro familiari, del volontariato.

6.2.1 Modalità di realizzazione delle linee di sviluppo nei servizi di salute mentale

La costruzione di un “gruppo di interesse” che comprenda tutte le componenti che hanno titolo a partecipare alle scelte di politica sanitaria in salute mentale (professionisti, associazioni di utenti e carers, università, privato sociale ed imprenditoriale, Enti locali) è strategica per la identificazione delle modalità operative con cui realizzare la missione sopra enunciata.

Vanno rivisti i meccanismi di rappresentanza negli organismi partecipativi (Comitati consultivi misti, Consulta, Coordinamenti delle singole componenti), per addivenire a modalità realmente partecipative e democratiche in tutti i momenti di programmazione, realizzazione, monitoraggio e valutazione degli interventi.

Le varie componenti dovranno sviluppare il consenso più ampio possibile sui nodi principali che riguardano le modalità di realizzazione della missione dei servizi, anche attraverso la 2° Conferenza Regionale di Organizzazione sulla Salute Mentale che dovrà porsi come momento conclusivo della parte programmatica ed iniziale di quella realizzativa.

In particolare vanno date risposte operative ai seguenti punti problematici tuttora aperti.

➤ Configurazione ed organizzazione della rete dei servizi di psichiatria adulti

Preservando la centralità del Centro di salute mentale, ed enfatizzando l’assunzione di responsabilità verso i bisogni di una popolazione geograficamente definita e l’integrazione delle risposte, bisogna procedere nello sviluppo già in corso di servizi “articolati”, specializzati su più livelli di attività e di protezione, multidisciplinari, integrati paritariamente con gli altri servizi sanitari e sociali.

I Centri di salute mentale mantengono una posizione centrale nella rete dei servizi di psichiatria adulti. Essi costituiscono la sede di accesso ordinario dell’utenza, presso di loro si svolge la maggior parte delle funzioni di valutazione e presa in carico della popolazione e veicolano su di sé la missione di garantire continuità di assistenza per quei progetti che richiedono la collaborazione di più articolazioni o soggetti.

I CSM devono rispondere alle sfide che questa terza fase propone rinnovando sostanzialmente la propria cultura e la propria organizzazione, lavorando per processi esplicitati e verificabili, secondo il percorso intrapreso con la definizione dei prodotti e degli standard di qualità.

La presa in carico del paziente con disturbi mentali gravi e persistenti rimane il “core” della missione dei CSM. I CSM si impegnano a migliorarne ulteriormente i processi sviluppando una maggiore aderenza ai principi di personalizzazione delle cure e di continuità assistenziale mediante alcune linee di innovazione:

- garantire per ogni paziente in carico multidisciplinare un piano di lavoro personalizzato, scritto e verificabile periodicamente;
- favorire la “autonomizzazione” delle professionalità assistenziali relativamente alla pianificazione, realizzazione e valutazione degli interventi, secondo la metodologia del case management;
- ricomprendere all’interno di questi progetti le attività di assistenza e riabilitazione sulle abilità della vita che non possono essere considerate attività esclusivamente sociali, ma parte integrante della relazione di cura e del progetto personalizzato;
- spostare il più possibile il luogo in cui vengono effettuati gli interventi di riabilitazione psicosociale verso i luoghi di vita del paziente, secondo il principio della riabilitazione in vivo, interpretando in questo modo il concetto di domiciliarità e ricomprendendo in questi anche interventi volti alla riacquisizione delle abilità necessarie al raggiungimento di posizioni lavorative e di altre mete significative della vita personale;
- adottare un approccio che massimizzi le abilità residue, la responsabilizzazione dell’utente e del suo contesto, attraverso schemi di cura e di riabilitazione votati all’empowerment ed alla condizione di massima libertà di azione e di scelta possibile;
- favorire modalità riabilitative, concordate con l’intero sistema di cura e radicate nel sistema di comunità, basate sui principi di autonomia e responsabilizzazione, come l’auto-mutuo aiuto, l’abitare supportato e l’avviamento al lavoro diretto nel libero mercato o sostenuto dalla formazione;
- adottare un approccio ben formalizzato e rispettoso dei diritti di informazione e di scelta della persona in tutti i casi in cui si renda necessario ricorrere a provvedimenti direttivi/coercitivi, limitandoli al necessario;
- incentivare la funzione di consulenza, collegamento, formazione e supervisione di altri operatori (piuttosto che orientarsi verso la presa in carico diretta di tutte le forme di disagio psichico) in particolare nei confronti di medici di medicina generale, Centri demenze e servizi per disabili adulti (con una funzione prevalente di consulenza) servizi oncologici, hospice ed altri servizi ad alto impatto emotivo (con prevalente funzione di supporto, formazione e supervisione).
- evitare in tutte queste attività di accentrare nella figura del medico psichiatra le responsabilità progettuali ed invece valorizzare tutte le figure operanti nei servizi. In questo senso è di riferimento l’esperienza delle psicologie cliniche per le funzioni ospedaliere e del case manager infermieristico, sociale o educativo per le funzioni di presa in carico a lungo termine.

Il CSM deve inoltre essere pienamente coinvolto nel sistema di comunità e contribuire all’intero sistema dei servizi sociali e sanitari, prestando la propria opera e le proprie competenze alle agenzie sociali del territorio (ad es.: sportelli sociali, servizi per gli anziani, sportelli scolastici, centri giovanili, servizi di prossimità nelle situazioni di rischio per fasce marginali e per gli immigrati) e collaborando al piano generale della prevenzione e della promozione della salute insieme a tutti gli attori coinvolti.

Anche i servizi di emergenza urgenza richiedono una più precisa ridefinizione.

L’insieme dei servizi sanitari del territorio fornisce le risposte alla emergenza-urgenza nel campo psichiatrico e delle dipendenze patologiche. Le risposte del sistema alle situazioni di emergenza urgenza devono essere omogenee sul territorio regionale e rispondere a elevati standard etici e tecnici.

Il DSM-DP è responsabile della formulazione e della manutenzione di un apposito piano delle emergenze-urgenze in psichiatria e nelle dipendenze patologiche, al quale partecipano anche UU.OO. e professionisti esterni al DSM-DP. Gli elementi essenziali del piano devono essere:

- Prevenzione del maggior numero possibile delle emergenze tramite accorgimenti e personalizzazioni del piano di cura individualizzato per i cittadini presi in carico dai CSM o da altre strutture del DSM-DP;
- Precisa definizione delle modalità di intervento dei CSM sulle emergenze/urgenze negli orari di apertura programmata;
- Manutenzione delle procedure di ASO e TSO con tutti i soggetti coinvolti;
- Valorizzazione dei luoghi di gestione della emergenza alternativi alla ospedalizzazione (Centri crisi, Day hospital, RTI);
- Precisa definizione degli ambiti di intervento dei servizi di emergenza-urgenza generale (118, guardia medica) negli orari di chiusura dei CSM, garantendo ai suddetti servizi sempre un riferimento telefonico del presidio psichiatrico preposto alla emergenza-urgenza negli stessi orari;
- Gestione della emergenza-urgenza tesa alla minore istituzionalizzazione possibile, consentendo l'accesso al SPDC per i casi che richiedono maggiore contenimento e garantendo l'accesso sulle 24 ore ai presidi a minore protezione come le RTI;
- Mantenimento delle esperienze dei CSM 24 ore laddove esistenti e possibilità di sperimentarne altri laddove gli aspetti logistici lo consentano.
- Organizzazione e manutenzione delle procedure per le emergenze-urgenze per i minori ed i soggetti con dipendenze patologiche

Va inoltre operata una revisione del sistema ospedaliero e residenziale che si è sviluppato in modo solo parzialmente programmato e coordinato, sulla spinta di bisogni che hanno spesso sorpreso e messo in difficoltà i servizi. Si tratta di un sistema che sta cercando di mettere ordine e qualificare quanti vi sono presenti (pubblico, privato imprenditoriale, privato no profit, associazioni di utenti e familiari che hanno deciso di assumere responsabilità clinico-assistenziali).

La politica di salute mentale della Regione Emilia-Romagna privilegia l'intervento territoriale, ma al contempo considera il momento ospedaliero come fondamentale nella gestione di situazioni acute che richiedono protezione e cure intensive, vincolandone l'utilizzo alla massima appropriatezza clinica onde prevenire fenomeni di istituzionalizzazione.

La rete dei servizi ospedalieri deve prevedere una dotazione di posti letto che non ecceda quella prevista dal Progetto Obiettivo nazionale di 1/10.000. Tale dotazione è garantita in massima parte dal servizio pubblico che integra all'interno della rete dei servizi ospedalieri una quota di posti letto forniti dal privato, che devono riscontrare i medesimi criteri di accreditamento e presso i quali non è consentito effettuare i Trattamenti Sanitari Obbligatorii. Sia i presidi pubblici che quelli privati devono essere in grado di effettuare accettazione sulle 24 ore.

I processi di cura devono essere ispirati alla massima appropriatezza e, per la delicatezza dei compiti che svolgono, che prevedono tra l'altro in alcune occasioni la limitazione della libertà del paziente, combinare elevati standard etici e tecnici. Vanno esplicitate le linee di condotta interne ed i collegamenti con i servizi esterni, volti a ridurre allo stretto necessario le restrizioni imposte al paziente ed a massimizzare i benefici

delle cure prestate in ambito ospedaliero. Ogni forma di limitazione delle libertà deve essere rigorosamente formalizzata ed i diritti alla informazione del paziente rigorosamente rispettati.

Le pratiche di contenzione fisica devono essere limitate ai casi di estrema necessità, nell'esclusivo interesse della incolumità del paziente e delle persone del contesto immediato (altri pazienti, visitatori, operatori, etc.). Devono essere rigorosamente formalizzate, secondo protocolli rivisti periodicamente e regolarmente mantenuti. Molteplici esperienze locali dimostrano che il rigoroso rispetto di questi principi consente di ridurre l'uso della contenzione fisica a circa 2-3 episodi al mese per SPDC. Esistono in regione anche SPDC in cui la contenzione non viene praticata, in ragione di accorgimenti organizzativi e dotazioni strutturali particolari. A tal fine deve essere istituito un apposito gruppo di monitoraggio del fenomeno su tutti gli SPDC regionali che relazionerà annualmente sul suo andamento e che al termine del periodo di applicazione di questo piano dovrà fornire indicazioni circa la possibilità di un completo superamento di tale pratica, senza rischi per la incolumità del paziente e del suo contesto.

Il settore residenziale si è sviluppato inizialmente come alternativa all'Ospedale psichiatrico per favorire i processi di deistituzionalizzazione. Ha poi conosciuto negli ultimi dieci anni una espansione consistente, non sempre programmata, sulla base di bisogni emergenti di ampliamento delle opportunità riabilitative in contesti alternativi alla ospedalizzazione. Parallelamente dal finire degli anni 60 si è costituito un sistema residenziale per lo più privato per le tossicodipendenze; dopo una rapida diffusione cresciuta come risposta di emergenza ad un fenomeno dapprima socialmente dirimpante, più recentemente, grazie alla progressiva integrazione del privato-sociale nel sistema dei servizi per le dipendenze ed all'accordo Cea-Regione, si è intrapresa la programmazione della quantità e della qualità delle tipologie dei trattamenti residenziali e semiresidenziali. Attualmente essi stanno sottoponendosi ai processi di miglioramento garantiti dall'accreditamento.

L'attività delle Residenze sanitarie psichiatriche è definita da diverse fonti normative nazionali (i due Progetti obiettivo) e regionali (DGR 327/2004 sull'accreditamento dei servizi). Si tratta di un settore in parte pubblico ed in parte privato al quale si stanno indirizzando iniziative di qualificazione attraverso gli strumenti del miglioramento continuo e dell'accreditamento.

La sua programmazione e la sua qualificazione devono essere viste rigorosamente in una cornice dipartimentale, essendo fondamentale il fatto che esso non si configuri come contenitore a se stante, con ragguardevoli rischi di delega ed esclusione delle persone ospitate dai circuiti più vitali della società. Il Centro di salute mentale resta il punto di progettazione e coordinamento dei percorsi clinico-assistenziali dei pazienti con bisogni complessi, anche per tutta la durata della permanenza in residenza. A maggior ragione l'esistenza di un piano riabilitativo personalizzato e verificabile è necessaria garanzia di progettualità condivisa con la persona in cura.

In questo ambito va favorita la assunzione di responsabilità di gestione delle strutture anche da parte di professionalità del comparto, trattandosi di strutture nelle quali la componente di attenzione ai bisogni della persona e la realizzazione di piani di trattamento clinico-assistenziale sono preminenti rispetto al trattamento della patologia psichiatrica in senso stretto.

L'area delle residenze pubbliche e private deve essere sempre meglio integrata nei circuiti dipartimentali e sviluppare sempre più una filosofia di azione basata sulla valorizzazione delle abilità, sull'abitare (contrapposto al mero risiedere), sull'acquisizione

di senso e progettualità esistenziale, sulla finalizzazione al rientro a forme ordinarie di residenzialità nella società.

Secondo la DGR 327/2004 il settore delle residenze sanitarie prevede le tipologie della RTI, RTP ed RSR la programmazione delle quali avviene in ambito regionale ed aziendale, ed il cui coordinamento gestionale ricade sul DSM-DP delle AUSL. La dotazione di posti letto dovrà attestarsi su 1 p.l./10.000 abitanti per le RTI ed 1 p.l./10.000 abitanti per le RTP. Il processo di riconversione dei p.l. delle Case di cura AIOP consentirà di completare tale dotazione oggi interamente pubblica, permettendo anche di specializzare alcune di queste residenze per funzioni particolari (doppia diagnosi, psicogeriatrics, minori etc.).

Rispetto alle RSR che attualmente riconoscono una forte prevalenza di strutture dirette e gestite dal privato sociale si ritiene adeguata la previsione di 2 p.l./10.000 abitanti, all'interno dei quali andranno comunque tenute in considerazione le seguenti esigenze:

- trasformare circa 250 p.l. degli attuali 400. dedicati a lungodegenti ex OP/OPG con prevalenti problemi socio-assistenziali (o ad utenti non ex-OP con bisogni affini) in p.l. di Residenze socio-sanitarie;
- ricomprendere nelle RSR anche una tipologia di Gruppo appartamento ad alta protezione sanitaria che relativamente ai criteri organizzativi/requisiti specifici per accreditamento è perfettamente sovrapponibili a RSR mantenendo inoltre una modulazione su 3 fasce possibili di protezione (24-12-6 ore);
- definire il fabbisogno di risorse con particolare attenzione a quelle umane per quanto attiene i profili professionali, i percorsi formativi, la definizione di responsabilità per le figure professionali non mediche.

Dalle Residenze sanitarie si distinguono, pur ponendosi in continuità ed in collegamento con esse, le Residenze socio-sanitarie che, per loro caratteristiche, si propongono come luoghi di vita a tempo indeterminato per persone con bisogni assistenziali semplici o complessi, soddisfabili attraverso gli strumenti della supervisione o della assistenza (residenze socio-sanitarie, gruppi appartamento e comunità alloggio). Questo segmento del settore residenziale viene sviluppato e gestito all'interno del sistema di comunità insieme a tutti gli attori in esso presenti, Enti locali in primis.

La definizione delle strutture socio-assistenziali e la loro conseguente dotazione di p.l. richiede un lavoro di programmazione congiunta in ambito distrettuale con il Dipartimento delle cure primarie e con le nuove Aziende pubbliche di servizi alla persona, per definire anche le competenze tecnico professionali del DSM-DP coinvolte negli interventi con anziani e portatori di handicap psicofisici ed il reale fabbisogno residenziale per questa tipologia di utenza. Piani di zona distrettuali per la salute e il benessere sociale e Accordi di Programma devono essere la sede di programmazione e definizione delle modalità di accesso.

E' necessario mantenere nella integrazione con Servizi Sociali la continuità per le componenti terapeutico/riabilitative (quindi responsabilità clinica del caso che continua a far capo al CSM) declinando l'integrazione con l'intervento in Struttura accreditata come struttura sociale come funzione di consulenza specialistica sul caso. E' anche necessario definire il progetto di intervento in Struttura, quindi la valutazione dei bisogni e l'accesso in una dimensione multidisciplinare (tecnici del DSM-DP e dei Servizi Sociali, utenti, familiari, amministratore di sostegno, ecc.).

Per quanto attiene ai Centri semiresidenziali (o centri diurni), questi dovrebbero essere strettamente collegati ai CSM ed in grado di differenziare le attività per i pazienti con

esigenze riabilitative molto diverse. Per i pazienti con psicopatologia che implica una forte disabilità primaria (ad es.: schizofrenia ad esordio precoce ed a prevalenti sintomi negativi con compromissione cognitiva) si richiede infatti soprattutto la predisposizione di un ambiente molto protettivo ed accogliente che sappia valutare finemente le capacità residue ed il grado di stimolazione idoneo a ripristinare un processo di apprendimento e sviluppo emotivo senza costituire stress fonte di ricaduta o esacerbazione sintomatologica. Per tali pazienti l'ambiente assume una doppia connotazione, di supporto e riabilitativa, mettendo in evidenza la delicatezza del compito di trovare un equilibrio dinamico tra queste due componenti. Il concetto che meglio riassume le caratteristiche ideali di questo tipo di ambiente è quello di comunità terapeutica diurna. Per i pazienti con prevalente disfunzionalità relazionale-sociale ma meno compromessi da sintomi residuali di tipo negativo o disturbi dell'apprendimento, il centro diurno può in alcune fasi della malattia e del percorso terapeutico-riabilitativo assumere il significato di luogo in cui attualizzare relazioni personali in un contesto supportivo e comprensivo, in grado di mediare con il contesto sociale più generale. Soddisfare al tempo stesso queste due esigenze può risultare difficile, trattandosi di due paradigmi sostanzialmente diversi, il primo di derivazione psicopedagogica, il secondo psicoterapeutico. Per i DSM-DP più grandi è ipotizzabile anche la costruzione di una rete di centri diurni specializzati in attività dedicate rispettivamente alle due tipologie di pazienti, con offerta di attività a diversi livelli prestazionali e richieste al paziente differenziate. In tutti i centri di questo tipo dovrebbe essere comunque perseguita una politica di coinvolgimento dei pazienti nella pianificazione e gestione dei programmi stessi. L'attività di questi Centri dovrebbe essere sempre più interconnessa con le attività di socializzazione autogestita e di sussidiarietà orizzontale messe in atto dalle associazioni degli utenti e dei familiari, con una forte connessione con la domiciliarità e l'abitare supportato.

Infine è necessario procedere ad una progettualità organica sulla psichiatria penitenziaria, in quanto la questione psichiatrica legata agli istituti penitenziari ed agli OPG riveste di anno in anno un'importanza crescente. La recente assunzione di responsabilità del Servizio sanitario regionale sulla specialistica all'interno delle carceri pone la Regione Emilia-Romagna come avanguardia nella realizzazione del dettato della D.Lgs. 22 giugno 1999, n. 230 (Riordino della medicina penitenziaria, a norma dell'articolo 5 della L. 30 novembre 1998, n. 419). Occorre ora dare concretezza al principio della equità nella assistenza al cittadino detenuto, garantendo sia assistenza qualificata all'interno del carcere che continuità nei percorsi tra l'interno e l'esterno. E' necessario inoltre dare organicità ai vari interventi che la Regione e le Aziende hanno messo in atto per agevolare i percorsi di uscita dall'OPG, nell'ambito dei più generali progetti che a livello nazionale verranno messi in atto al riguardo.

➤ **Riabilitazione ed integrazione sociale**

Forse l'aspetto più problematico di questa fase della psichiatria di comunità è quella di realizzare compiutamente quanto già da tempo preconizzato, vale a dire di riportare nell'alveo della dialettica sociale generale le contraddizioni ed i bisogni dei portatori di disturbi mentali; ed al tempo stesso responsabilizzare i servizi su tutti i problemi di salute mentale (non solo psichiatrici) della popolazione.

A tal fine occorre realizzare un'integrazione all'interno dei servizi sanitari, e tra questi ed il sociale, ed è necessario entrare in una ottica di conoscenza reciproca e di collaborazione, negli ultimi anni relegata in secondo piano a favore dei processi di qualificazione dei "prodotti" assistenziali. La presenza del DSM nella vita del Distretto, la disponibilità a collaborare con consulenze, condivisione e supporto professionale ai

servizi forniti dai Comuni o da ogni altra agenzia sociale del territorio deve riuscire a garantire un riferimento per tutti i cittadini gravati da importanti bisogni sociali.

In un lavoro di rete basato sulla metodologia del case management occorre disegnare collaborazioni e rapporti, considerandoli prima di tutto dalla parte dell'utente, il cittadino, garantendo una presa in carico globale ma non esclusiva. La presa in carico non può costituire titolo per la de-responsabilizzazione degli altri soggetti istituzionali presenti sul caso. Una riappropriazione da parte di larghe fasce di popolazione fragile e vulnerabile del concetto di cittadinanza, dei diritti e dei doveri che questa implica, porta il sistema di rete sociale e di cura a rileggere advocacy, empowerment e compartecipazione con questa primaria ottica, che riduce le discriminazioni e potenzia nel cittadino la responsabilità verso la sua comunità, e viceversa.

Dal punto di vista del Dipartimento di salute mentale l'integrazione socio-sanitaria comporta anche una presenza attiva in tutte le articolazioni della vita della collettività locale, da quella della programmazione socio-sanitaria, fino a quella culturale in cui meglio che con iniziative ad hoc viene declinato il concetto di promozione della salute mentale e di lotta allo stigma.

In questa cornice assumono significato differente anche le strategie e gli interventi di abilitazione e riabilitazione psichiatrica.

Così è per l'integrazione scolastica per i cittadini di età inferiore ai 18 anni. L'elevata incidenza nella popolazione 0-18 anni di disturbi che interferiscono con la qualità dell'apprendimento e dell'inserimento scolastico, anche in utenti non necessariamente in situazione di handicap, più o meno grave, richiede impegnative relazioni con la scuola, non sempre riconducibili al dettato normativo della L. 104/1992. Va considerato che, dopo la famiglia, è la scuola il "luogo" dove principalmente è possibile agire sul benessere del bambino. La criticità posta dalla disseminazione delle autonomie scolastiche va affrontata con linee regionali di indirizzo e soprattutto con il lavoro nella comunità locale per la stesura di specifici accordi per l'inserimento scolastico di allievi con handicap o con disturbi evolutivi neuro-psichiatrici.

Così è per l'avviamento al lavoro per i cittadini portatori di disabilità psichiatrica o neuropsichiatrica. Occorre integrare l'esperienza dell'inserimento formativo finalizzato al lavoro che ha caratterizzato la prima fase dell'assistenza territoriale, facendo tesoro delle criticità evidenziate, per progettare una nuova attività di riabilitazione e di reinserimento sociale. E' necessario che l'intero asse della riabilitazione viri verso una maggiore libertà di scelta del cittadino rispetto alle proprie aspirazioni lavorative, abitative e relazionali. La riabilitazione deve diventare il processo che consentirà all'utente ed ai propri familiari, di avere una visione di sé più salda e propositiva, perché permette di relazionarsi con gli altri con dignità e di proporsi come detentore legittimo di diritti. Un'attenzione particolare meritano le attività dei progetti occupazionali che devono contraddistinguersi per un sostegno ad inserimenti effettivi e diretti nel libero mercato del lavoro.

Così è per il sostegno alle famiglie, tenuto conto che nel nostro sistema, che fa ancora molto affidamento sulla famiglia tradizionale, si stanno manifestando crescenti difficoltà di tipo economico, sociale ed emotivo che ostacolano coloro che vivono con persone affette da disturbi gravi e persistenti nel fornire un supporto valido e continuativo. La famiglia può allora porsi di volta in volta come risorsa o come portatrice di bisogni, e può incidere positivamente o meno sul decorso del disturbo mentale. Il sistema di sostegno alle famiglie deve essere in grado di differenziare i bisogni dei nuclei parentali e di concordare con essi le soluzioni più idonee per quel caso, includendo azioni sul reddito,

sulla casa, sul sostegno temporaneo, sulla socialità, sull'informazione, sulla specifica formazione alla corretta gestione della patologia del loro congiunto nelle varie fasi della vita e sulla salvaguardia della salute emotiva delle persone coinvolte. In tal senso lo sviluppo delle azioni di auto-mutuo aiuto (e di parent training per quanto riguarda i bambini) attivate nel territorio regionale sono risultate particolarmente interessanti, avendo offerto opportunità efficaci e creative, ed aprendo talvolta la strada ad obiettivi più ambiziosi, come la gestione diretta di attività sussidiarie, di promozione e comunicazione verso il territorio. Ulteriore attenzione deve essere riservata all'attivazione nell'intero territorio dell'importante figura dell'Amministratore di sostegno, soggetto che può permettere ad utenti e a familiari in un particolare momento di crisi, di superare tali criticità.

➤ **Promozione e tutela della salute mentale nell'infanzia e nella adolescenza**

Le attività di promozione e tutela della salute mentale nell'infanzia e nella adolescenza riconoscono un elevato livello di complessità, riconducibile fondamentalmente alle seguenti aggregazioni di problemi:

- prevenzione, diagnosi e cura delle affezioni neurologiche dell'infanzia, in particolare per quanto attiene alla costruzione di appropriati percorsi sanitari integrati per la assistenza alle disabilità neuromotorie (v. paralisi cerebrali, etc.) ed alla definizione di corrette procedure per la gestione integrata con altri settori istituzionali (es. scuola) di specifiche patologie (es. epilessia);
- attività di valutazione e trattamento svolte in integrazione con i pediatri - di libera scelta, di comunità - nelle scuole e nelle collettività infantili locali, generalmente su disturbi neuropsicologici dell'apprendimento o della condotta, (ritardo mentale minore, disturbi selettivi dell'apprendimento, disturbi emotivi minori, disadattamenti transitori). Quanto emerso dal progetto regionale per il miglioramento della collaborazione fra NPIA e Pediatria per l'utenza di 0-6 anni va reso operativo per una comune definizione di linee di intervento precoce (v. screening, etc.) e di temi di comune interesse per aggiornamento e/o stesura di linee guida cliniche ed organizzative;
- diagnosi e trattamento dei disturbi psichiatrici e comportamentali insorti nella prima e seconda adolescenza, per cui sono già in corso azioni di reciproco scambio ed aggiornamento fra gli operatori delle diverse NPIA regionali. E' importante che sia colta l'opportunità di reale integrazione professionale e condivisione clinica ed organizzativa fra Psichiatria adulti e NPIA su questo terreno comune di intervento sia nella sua fase di emergenza-urgenza che nella presa in carico, attraverso la stesura di linee di indirizzo/ protocolli/ procedure, etc...;
- diagnosi e trattamento dei disturbi pervasivi dello sviluppo per cui dovranno essere appropriatamente sviluppate le competenze neuropsicologiche/ psicoeducative/ cognitivo-comportamentali, il cui impiego si è già rivelato sperimentalmente utile anche per una innovativa presa in carico del grave ritardo mentale e per utenti al di sopra dei 18 anni di età;
- diagnosi e trattamento dei disturbi del comportamento alimentare insorti nella prima e seconda adolescenza, la cui età di esordio va sempre più retrocedendo. Va segnalata la pletora di interventi nelle scuole su queste tematiche (questionari, indagini, lezioni frontali, etc.) la cui etica ed appropriatezza andrebbero ben valutate di volta in volta, dato il loro rischio - segnalato in letteratura - di indurre comportamenti patologici.

Per gli ultimi due aspetti sono attivi due Tavoli regionali tematici che, dopo aver concretizzato la loro attività in appositi documenti di programmazione, conducono ora la compiuta realizzazione e costruzione della rete (aziendale, sovraziendale, regionale). Per gli altri punti sopra esposti è necessario dotarsi di riferimenti altrettanto chiari e traducibili in azioni di trasformazione, programmabili e valutabili.

In tutti i nodi sopra evidenziati è implicita la necessità di favorire la comunicazione (tecnica, organizzativa, etc.) della NPIA con gli altri settori del DSM e della collettività (scuola, servizi sociali, sport, organi giudiziari, etc.), al fine di ben definire i reciproci e rispettivi ruoli ed interazioni non solo in situazioni di specifica competenza clinica della NPIA ma anche per tutte quelle situazioni che possono interpellare gli operatori NPIA /DSM per il benessere mentale e globale dei cittadini (v. migranti; gestione a domicilio di bambini gravi – gravissimi; neonati prematuri con gravi deficit neurometabolici; multiproblematicità familiare).

➤ **Professioni, competenze, lavoro d'èquipe, formazione e ricerca**

Se questa nuova fase dei servizi deve portare ad una presenza e ad una capacità di intervento su aspetti più vasti della già complessa cura del paziente grave, ciò non può avvenire senza una profonda trasformazione delle filosofie di intervento, delle forme organizzative di collaborazione, dei ruoli consolidatisi tra professioni e discipline.

La professionalità del medico psichiatra è sempre più invocata in ruoli di assessment, consulenza e coordinamento in molteplici settori; sui disturbi emotivi nella Medicina generale, sulla Doppia Diagnosi, in psicogeriatría, sull'handicap mentale e su quello fisico acquisito e congenito. La sua formazione avviene in genere addestrandolo a gestire tecniche biomediche o psicoterapiche e sempre meno alla titolarità della presa in carico dell'utente.

La professionalità dell'Infermiere è rapidamente evoluta e le nuove generazioni si distinguono per avere acquisito metodologie di relazione ed assistenza che li rendono preferenzialmente titolari della relazione di cura con il cittadino portatore di bisogni assistenziali complessi. Ciò pone con tutta evidenza il problema della ridefinizione delle relazioni professionali tra medico ed infermiere all'interno della èquipe.

Ma all'interno delle èquipes (pubbliche o private) insistono anche le professionalità dello psicologo, dell'assistente sociale, dell'educatore professionale, del tecnico della riabilitazione etc., tutte in attesa di una ridefinizione dei propri compiti e delle relazioni con altre professionalità che possa massimizzare il loro contributo al processo clinico-assistenziale. Solo risolvendo questo nodo, che implica una collaborazione forte tra SSR ed Università, nella formazione di base, nella formazione continua, nella ricerca sulle professioni, potranno essere affrontate le sfide più innovative di questa nuova fase: l'integrazione nello stesso dipartimento delle UU.OO. di psichiatria adulti, NPIA e SerT, la sperimentazione della integrazione con tutte le altre agenzie sanitarie e sociali del territorio.

Il sistema regionale dei servizi di salute mentale già ora si distingue per un forte investimento sulla formazione, la ricerca e l'innovazione. Va fortemente potenziato il collegamento tra servizi ed Università (con le Facoltà di Medicina e quella di Psicologia), per incrementare il rimando applicativo delle attività di formazione, per condurre ricerche sempre meglio finalizzate al miglioramento continuo dei servizi, soprattutto in aree di recente sviluppo quali i nuovi modelli di riabilitazione, l'integrazione socio-sanitaria etc.

6.2.2 Modalità di realizzazione delle linee di sviluppo nei servizi per le dipendenze patologiche

L'Unione Europea ritiene che un'efficace politica sulle droghe debba poggiarsi sui cosiddetti "quattro pilastri": lotta al narcotraffico, prevenzione, cura e riabilitazione, riduzione del danno: strategie ed interventi tutti necessari, che si integrano e si rinforzano vicendevolmente se vengono attuati contemporaneamente. La Regione Emilia-Romagna ha condiviso questa impostazione e da molti anni ha basato le proprie politiche sui "tre pilastri" che rientrano nelle sue competenze (prevenzione, cura e riabilitazione, riduzione del danno).

La scena del consumo di sostanze è cambiata e con essa sono cambiati i significati e la percezione del termine "comportamento a rischio", in particolare da parte dei consumatori e degli operatori del settore. Il consumo di cocaina è in rilevante aumento: l'Italia si colloca al terzo posto in Europa. In realtà, la variabile più significativa è rappresentata da giovani policonsumatori (tra i 15 ed i 24 anni), che assumono cocaina ed altri psicostimolanti assieme a cannabis. Muta anche la percezione soggettiva e collettiva del consumo di sostanze, vissuto spesso come socializzante ed anche come marker di successo. Alla figura nota del "tossico" emarginato, fenomeno ancora presente, si affianca la figura del policonsumatore, che utilizza le sostanze in contesti socializzanti per finalità ricreative e prestazionali, spesso con scarsa percezione del rischio e della illegalità. L'uso di eroina non è tuttavia in calo: assistiamo ogni anno ad un aumento della popolazione seguita dai Sert per questo problema.

Accanto a questi dati preoccupanti, in positivo si riscontra una forte disponibilità dei consumatori contattati alla relazione con operatori che possono diventare punti di riferimento per competenza, correttezza e affidabilità.

I comportamenti legati al consumo/abuso di sostanze contribuiscono alla crescita della percezione sociale di insicurezza nelle nostre comunità locali e alla richiesta di "controllo del territorio" e di ripristino della legalità, delle regole di convivenza o, più semplicemente, della buona educazione nell'uso degli spazi urbani. Gli elementi di conoscenza rispetto al consumo di sostanze psicotrope evidenziano il fatto che rispetto ai molti consumatori, i soggetti dipendenti sono una minoranza. Esiste invece una continuità fra il consumo ed il consumo problematico, anche in situazioni episodiche che non si legano alla parabola classica della dipendenza. Per questo motivo possiamo affermare che la scena del consumo è diversa da quella della tossicodipendenza e che l'attenzione va perciò rivolta a gruppi di popolazione, persone, comportamenti e conseguenze dei comportamenti più che ai tipi di sostanze.

Di fronte a questo quadro d'insieme è opportuno prendere atto che l'idea di una società senza sostanze (legali ed illegali) in grado di alterare gli stati di coscienza, è irrealistica. E' a maggior ragione indispensabile la promozione, soprattutto tra i giovani, di una coscienza critica nei confronti dei consumi e l'offerta di una sponda di informazione, comunicazione ed aiuto a consumatori e non, a dipendenti e non, con la finalità di tutelare la salute di tutti.

La tessitura di relazioni tra soggetti diversi all'interno delle istituzioni pubbliche, fra queste ed il privato sociale, costituisce la premessa per la costruzione di un sistema di protezione per le persone, le famiglie e le comunità locali. Prioritario è l'impegno per l'integrazione sociosanitaria per garantire una reale assistenza integrata. Ciò ha particolare rilievo per le situazioni più complesse, di difficile incasellamento nei tradizionali settori di intervento.

➤ **La politica dei servizi**

Di fronte a questi nuovi scenari occorre ripensare complessivamente le strategie di prevenzione e cura nonché l'organizzazione del sistema dei servizi, superando le attuali difficoltà di accesso ai servizi sanitari da parte dei policonsumatori, offrendo una gamma di trattamenti sufficientemente differenziata, flessibile, accogliente e prossima alla domanda per tutte le tipologie di consumo ed eliminando l'“effetto stigma” generato dall'attuale circuito assistenziale. Allo stesso tempo è indispensabile non abbassare la guardia nei confronti della dipendenza da eroina più tradizionale; in particolare gli interventi di tutela della salute, di riduzione del danno e di reinserimento sociale devono rimanere centrali. Va anche sostenuta l'azione preventiva e clinica nel campo delle dipendenze da sostanze legali, già avviata con il Progetto alcol ed il Progetto tabagismo.

Per favorire l'incontro e la relazione con gli utenti, è essenziale che l'intera rete dei servizi assuma una posizione non giudicante. Le relazioni di aiuto e le funzioni di cura vanno finalizzate ad un cambiamento condiviso, inteso come possibile, desiderato ed eticamente accettabile. Non si avverte la necessità di una maggiore direttività/coercitività del sistema. L'intero sistema deve essere calibrato sui modelli di relazione di cura propri dei servizi per le dipendenze (basati su un approccio educativo e motivazionale) e prevedere “escursioni” nel paradigma psichiatrico per il trattamento di episodi di malattia che richiedono interventi più strettamente sanitari e talvolta direttivi.

➤ **Gli obiettivi e le azioni**

La scarsa percezione dei rischi connessi all'utilizzo delle sostanze da parte dei consumatori rende necessario un nuovo impegno in campagne di comunicazione e informazione capillari, ma differenziate e mirate a seconda dei luoghi e delle persone cui sono dirette (la scuola, i luoghi di lavoro, gli adulti di riferimento, la discoteca, i pub, i gruppi informali, la strada, i raduni musicali, ecc).

E' necessario sviluppare e rendere stabili le funzioni di prossimità, anche come porta di accesso al sistema dei servizi. Le funzioni di prossimità si caratterizzano per essere nei luoghi di vita, utilizzare un approccio comunitario, mettere la relazione al centro del proprio intervento, essere trasversali (Centri giovanili, Centri di ascolto, Spazi giovani, Unità e servizi di strada per i giovani e di riduzione del danno, Centri a bassa soglia etc...). Tali funzioni sono essenziali per un approccio incisivo con i target di adolescenti, giovani, giovani consumatori, fasce marginali. Occorre una particolare attenzione a garantire le condizioni di sicurezza e di tutela della salute nei luoghi del divertimento e durante gli eventi giovanili di massa.

E' necessario pensare ad un sistema dei servizi, ed alle conseguenti forme organizzative, capaci di forte connessione con la realtà sociale, capaci di apprendimento e di riflessione e quindi di modificarsi in relazione al mutare dei fenomeni. Il sistema che meglio corrisponde a queste caratteristiche è il sistema a rete, che responsabilizzi il Sert, nella sua funzione di referente del sistema di cura delle dipendenze e i Comuni, per quanto di loro competenza e valorizzi adeguatamente il Privato sociale nella sua funzione pubblica.

Occorre valorizzare strumenti come l'Accordo Regione/Coordinamento Enti Ausiliari che ha consentito di raggiungere significativi obiettivi quali: riduzione dell'export extra regione, razionale utilizzo dei posti in comunità terapeutica, maggiore appropriatezza negli invii, coordinamento nelle attività di formazione e monitoraggio, consolidamento dei percorsi e delle relazioni istituzionali. E' necessario che tale modalità partecipativa venga

consolidata e che vengano definiti ulteriori obiettivi per il prossimo triennio. Vanno anche valorizzati altri strumenti locali, accordi di vario tipo sia sul versante sanitario che su quello socio-sanitario di cui già esistono alcuni esempi nei Piani sociali di zona.

Il sistema a rete amplia e diversifica le possibilità di accesso per i vari target di utenza, senza predeterminare il loro punto di ingresso. Sarà compito dei territori, in base alle loro peculiarità, definirne le caratteristiche, la collocazione e l'attribuzione della responsabilità. In sostanza i servizi devono essere in grado di intervenire con le persone giuste, nel momento giusto e nel posto giusto.

L'emergere dei nuovi consumi pone la necessità di ripensare le offerte di valutazione diagnostica e di trattamento in modo che risultino flessibili, destigmatizzate, accoglienti e prossime alla domanda per tutte le tipologie di consumo, le nuove e naturalmente quelle tradizionali, garantendo condizioni di sicurezza. Infatti ormai ciò che condiziona l'accesso ai servizi non è tanto la sostanza usata, quanto l'appartenenza ad una tipologia o ad un gruppo socio-culturalmente identificato, con particolare riferimento alle differenze esistenti fra il mondo della marginalità (per il quale vanno consolidati e potenziati gli interventi a bassa soglia, di riduzione del danno e di reinserimento socio-lavorativi) ed il resto della popolazione.

Il sistema della cura dovrà avere un atteggiamento attivo, votato alla ricerca dell'utente, alla disponibilità verso di lui ed all'intervento sulla rete sociale in cui è inserito. Dovrà mettere in atto una trasfusione di competenze tra i vari settori interessati (dipendenze patologiche, psichiatria, sistemi di emergenza-urgenza, servizi internistici, infettivologici, consultori, servizi sociali, privato sociale, medici di medicina generale etc) e combinare questi aspetti con soluzioni organizzative originali, calibrate sulla realtà locale, nelle quali si privilegi la competenza (ciò che si sa e si è in grado di fare) rispetto alla appartenenza (al servizio pubblico, privato, territoriale, ospedaliero, comunitario etc...). Infine dovrà contemplare la formazione congiunta di tutte le agenzie preposte come strumento fondamentale, in grado di facilitare la conoscenza reciproca, il lavoro in comune ed una pratica che combini evidenze scientifiche ed esperienze sul campo e monitorare e valutare le varie fasi del percorso che vede coinvolti soggetti pubblici e del Privato sociale e servizi diversi.

Gli Osservatori provinciali sulle dipendenze e i Centri studio e documentazione devono essere collegati con gli altri Osservatori presenti nel territorio e con tutti i punti della rete e diventare lo strumento di monitoraggio e di ricerca per rilevare la domanda, le criticità e le emergenze per tutto il sistema e fornire indirizzi per la programmazione ed il sostegno di progetti innovativi.

La formazione è uno degli strumenti primari e, al tempo stesso, più efficaci, per favorire ed accompagnare, attraverso la condivisione delle conoscenze e la relazione fra operatori appartenenti a diversi servizi, pubblici e del Privato sociale, la strutturazione della rete dei servizi. La formazione al lavoro in rete deve essere compresa tra le attività formative previste nell'ambito dei Piani sociali di zona.

Il radicamento delle indicazioni rispetto all'organizzazione dei servizi va collocato nell'ambito della pianificazione socio-sanitaria locale e deve quindi trovare riscontro nei Piani sociali di zona e nei PAT.

6.3 Salute nelle carceri

Il carcere negli ultimi dieci anni è diventato un luogo di grande rilievo per le politiche sanitarie, sia per le sue accresciute dimensioni (da 25.000 a 60.000 detenuti) sia per la

confluenza di popolazioni con bisogni sanitari specifici (tossicodipendenti e migranti in particolare). La normativa nazionale resta ancorata alla D.Lgs. 230/1999 che prevedeva un graduale passaggio della assistenza sanitaria nelle carceri dall'Amministrazione penitenziaria al Servizio sanitario nazionale, passando per una fase intermedia di sperimentazioni in alcune regioni, tra le quali l'Emilia-Romagna. L'esito di questo percorso ha prodotto un quadro nazionale a macchia di leopardo, che va dalla assoluta separazione dell'universo carcerario dall'assistenza sanitaria regionale, a sperimentazioni locali di collaborazione. Solo l'ambito delle dipendenze patologiche, che ha una propria legislazione, ha raggiunto un soddisfacente grado di integrazione prevedendo la presenza di un presidio SerT in ogni istituto penitenziario, con evidenti vantaggi in termini di continuità assistenziale e di capacità di attrazione verso progetti di cura.

In Emilia-Romagna la sperimentazione e la collaborazione hanno preso la forma di un protocollo di intesa tra Amministrazione Penitenziaria e Regione, che ha portato a significativi risultati, in primis alla garanzia dell'assistenza farmaceutica e della vigilanza dei Dipartimenti di sanità pubblica sugli aspetti di Igiene e prevenzione.

La recente estensione di questo accordo, che prevede ora una assunzione di responsabilità del Servizio sanitario regionale su tutta l'area della specialistica nelle carceri, pone la Regione in una posizione di avanguardia nella realizzazione della D.Lgs. 230/1999. Occorre ora dare concretezza al principio della equità nella assistenza al cittadino detenuto, garantendo sia assistenza qualificata all'interno del carcere che continuità nei percorsi tra l'interno e l'esterno. E' necessario inoltre dare organicità ai vari interventi che la Regione e le Aziende USL hanno messo in atto per agevolare i percorsi di uscita dall'OPG, nell'ambito dei più generali progetti che a livello nazionale verranno messi in atto al riguardo.

PARTE QUINTA

LINEE DI SVILUPPO DEGLI STRUMENTI E DELLE INFRASTRUTTURE IN AMBITO SANITARIO

CAPITOLO 1

LA RICERCA E L'INNOVAZIONE

1.1 Ricerca e formazione

Il Servizio sanitario regionale (SSR) ha definitivamente maturato la consapevolezza della rilevanza delle attività di ricerca come elemento essenziale al proprio sviluppo strategico. Tale consapevolezza si esprime attraverso la definizione della ricerca come funzione istituzionale fondamentale propria di tutte le Aziende sanitarie in cui il SSR si articola, al pari di quella assistenziale, con la quale deve essere funzionalmente integrata. La valorizzazione delle attività di ricerca e di didattica già oggi svolte dal SSR ha proceduto contestualmente da un lato alla ridefinizione del ruolo e delle funzioni delle Aziende Ospedaliero-Universitarie, rafforzando le forme di collaborazione con il sistema delle Università della regione, secondo quanto previsto dalla L.R. 29/2004, e dall'altro, attraverso il Programma di ricerca ed innovazione (PRIER) con avvio di progetti finalizzati a realizzare in alcune specifiche aree cliniche il tema del governo dei processi di adozione e valutazione delle innovazioni clinico-organizzative, come parte fondamentale dell'esercizio del cosiddetto "governo clinico" nell'ambito delle Aziende sanitarie. Gli obiettivi prioritari del PSSR a questo proposito comprendono:

- 1) sviluppare a livello regionale e all'interno delle Aziende sanitarie la capacità di gestire la funzione di ricerca e sviluppo come attività istituzionale propria del SSR, inscindibile dai tradizionali compiti di assistenza. Questo presuppone la capacità di valutare e tempestivamente adottare le innovazioni tecnologiche di provata efficacia, stimarne l'impatto economico e, soprattutto, analizzarne il possibile impatto sull'organizzazione e le possibili ricadute sulla programmazione locale e regionale dei servizi;
- 2) utilizzare i fondi della ricerca non soltanto per il finanziamento della spesa corrente per l'attuazione di specifici progetti, ma anche per la creazione e il rafforzamento della infrastruttura tecnologica ed informativa necessaria per lo sviluppo delle attività di ricerca sanitaria finalizzata;
- 3) riorganizzare e consolidare la rete dell'offerta, privilegiando in particolare la progettata rete dei Centri di riferimento e delle Aziende Ospedaliero-Universitarie, in quanto luoghi istituzionali della collaborazione fra Università e SSN, e promuovendo il già significativo contributo delle strutture proprie del SSN, con l'obiettivo di realizzare masse critiche adeguate, in termini di risorse umane e finanziarie, a rispondere alle sfide internazionali;
- 4) sviluppare la capacità di ricerca e di innovazione dell'intero sistema dei servizi sociali e sanitari della regione e della qualità della formazione professionale e specifica dei loro operatori, a tutti i livelli. Università e Servizio Sanitario Regionale, nell'ambito delle rispettive responsabilità e autonomie, concorrono al perseguimento di tale obiettivo comune attraverso l'individuazione di programmi di ricerca, l'elaborazione di programmi di formazione e di formazione continua pre e postlaurea, anche in rapporto alle nuove esigenze imposte dalla transizione organizzativa verso un'espansione dell'assistenza territoriale e delle cure primarie;

- 5) definire nuove norme di relazione fra il SSN e l'industria, in particolare farmaceutica e biomedicale nel settore della ricerca e della formazione che, senza rinunciare al suo contributo essenziale in termini finanziari e di conoscenze, assicurino il rispetto delle priorità del SSN; conferiscano trasparenza alle relazioni fra finanziatori e destinatari del finanziamento; prevenivano l'insorgere di condizioni di conflitto di interessi nei singoli ricercatori e nelle organizzazioni.

1.2 Obiettivi

Per il SSR l'attenzione alla ricerca non può esaurirsi solo in politiche che garantiscano l'accesso a informazioni scientifiche valide laddove queste siano già disponibili o in interventi di miglioramento delle capacità di valutazione critica delle informazioni da parte degli operatori. Queste attenzioni sono indispensabili, ma spesso insufficienti a governare in modo critico e lungimirante l'adozione delle tecnologie diagnostiche e terapeutiche e delle innovazioni organizzative che vengono continuamente proposte dal mercato delle tecnologie biomediche e della consulenza organizzativa. Dal momento che le innovazioni tecnologiche ed organizzative giungono in genere sul mercato largamente incomplete quanto a documentazione di indicazioni d'uso, efficacia, sicurezza e costi, il governo della loro adozione tempestiva ed appropriata richiede necessariamente anche la capacità di produrre nuove informazioni scientifiche rilevanti per orientare i processi decisionali ai diversi livelli di governo del sistema e per il suo sviluppo strategico. In questo contesto, "fare ricerca" significa acquisire la capacità di produrre informazioni utili per le scelte cliniche, assistenziali ed organizzative del SSR a livello locale, aziendale e regionale e per valutare l'impatto di tali scelte sui processi organizzativi, sui costi e sulla qualità dell'assistenza a livello individuale e di popolazione.

Il ruolo dei Collegi di direzione delle Aziende sanitarie è centrale per la funzionalità di tale processo, sia per la organizzazione della produzione delle informazioni sia per la loro utilizzazione nella elaborazione delle politiche aziendali relative allo sviluppo dei servizi. A questo scopo, i Collegi di direzione devono sviluppare quattro fondamentali competenze: a) saper scegliere quello che appare più promettente; b) saper completare quello che è promettente ma non ancora sufficientemente sviluppato e conosciuto; c) saper cogliere ed orientare le implicazioni che l'introduzione delle innovazioni può determinare sul piano organizzativo, della formazione professionale e su quello economico; d) programmare iniziative di ridefinizione dei processi assistenziali sotto il profilo clinico-organizzativo.

Questo corrisponde alla necessità da parte del SSR di orientare le attività di ricerca verso le molteplici possibili direzioni che attengono principalmente ai seguenti aspetti:

- 1) favorire lo sviluppo, anche in fase precoce, di innovazioni attraverso il sostegno ai filoni di ricerca potenzialmente più promettenti per rispondere ai bisogni conoscitivi ed operativi del SSR;
- 2) portare a maturazione conoscitiva le tecnologie delle quali non siano ancora disponibili tutte le informazioni necessarie alla definizione del profilo beneficio-rischio, dei costi e della trasferibilità organizzativo-gestionale;
- 3) verificare il grado di diffusione/adozione delle tecnologie e le implicazioni che esse possono avere sull'organizzazione interna delle Aziende sanitarie e sul SSR nel suo insieme;
- 4) documentare i diversi aspetti della qualità dei servizi erogati ed i loro determinanti.

1.3 Le azioni

Queste premesse individuano quali azioni fondamentali il rafforzamento dei legami tra l'ideazione/sviluppo delle innovazioni sanitarie e la loro applicazione e lo sviluppo di reti professionali e di centri di eccellenza.

Il sistema regionale delle Università costituisce l'ambito elettivo della ideazione e sviluppo delle innovazioni, dove a partire dalla ricerca di base pre-clinica maturano le idee che si materializzano in tecnologie destinate a diventare oggetto di ulteriori valutazioni di efficacia clinica e di impatto sui servizi. Obiettivo strategico per il SSR è la costruzione di un sistema in grado di valorizzare la potenzialità ideativa degli ambiti istituzionalmente deputati alla ricerca, favorendo il più ampio raccordo con la ricerca di base e ricerca applicata, inserendoli quindi in un contesto che li metta in condizione di interagire positivamente sia con il sistema delle organizzazioni sanitarie cui i prodotti delle ricerche sono in ultima istanza destinati, sia con gli ambiti di ricerca innovativa presenti nell'industria.

Il SSR ha avviato, secondo quanto previsto dalla L.R. 29/2004 un percorso di collaborazione ed integrazione con il sistema delle Università della regione, che individua nelle Aziende Ospedaliero-Universitarie il fulcro delle sinergie. In particolare, l'articolo 12 del Protocollo di intesa Regione-Università del febbraio 2005 prevede l'avvio di un programma di collaborazione tra Regione ed Università per lo sviluppo di una attività di ricerca finalizzata a sviluppare innovazioni scientifiche, nuove modalità gestionali, organizzative e formative.

Nel contesto di questo programma le risorse che la Regione metterà a disposizione saranno specificamente destinate al finanziamento di attività di innovazione e ricerca originate all'interno delle Aziende Ospedaliero-Universitarie e delle reti assistenziali cui fanno riferimento, mirate a:

- contribuire allo sviluppo di centri/gruppi di eccellenza capaci di ideare e produrre tecnologie/strumenti utili per l'attività assistenziale del SSR ("ricerca innovativa") con particolare riferimento a quattro tematiche: a) trapianti e medicina rigenerativa; b) oncologia; c) diagnostica avanzata; d) neuroscienze;
- acquisire le conoscenze relative al profilo beneficio-rischio di tecnologie ed interventi in fase di ingresso, o già utilizzate, nella pratica clinica, ma per le quali manchino gli elementi necessari a definirne le modalità appropriate d'uso;
- favorire lo sviluppo di network di competenze capaci di fare ricerca e trasformare in progetti (sia di valutazione controllata sia di monitoraggio) i quesiti assistenziali ed organizzativi maggiormente rilevanti.

La ricerca è funzione pertinente di tutto il sistema sanitario regionale, e quindi propria, sia pure con diverso grado di intensità, di tutte le Aziende sanitarie. La valorizzazione del ruolo delle Aziende Ospedaliero-Universitarie deve pertanto accompagnarsi al più ampio coinvolgimento dell'insieme delle Aziende Sanitarie e dei loro operatori, attraverso una serie di iniziative sinteticamente ascrivibili alle tre direttrici principali, costituite dal PRI-ER; dallo sviluppo di network professionali e dalla individuazione di specifici centri di riferimento per le attività di ricerca traslazionale, clinica ed organizzativa, che fungano da riferimento per le attività svolte in ambito regionale, collegandosi alla rete nazionale ed internazionale.

Il Programma ricerca e innovazione Emilia-Romagna (PRI-ER), ufficialmente avviato con DGR 2708/2006 e coordinato dalla Agenzia sanitaria regionale, ha già intrapreso una

serie articolata di iniziative su tematiche ed aree cliniche (l'oncologia, la cardiologia, la diagnostica ad alto costo e l'assistenza alle patologie cerebrovascolari). L'elemento che accomuna i progetti è l'elevato grado di coinvolgimento e la partecipazione che hanno saputo acquisire da parte delle aziende e dei loro operatori, consolidatasi nella creazione di network clinici multiprofessionali e multidisciplinari.

L'impegno futuro è caratterizzato dalla estensione della capacità progettuale sin qui sviluppata su aree e temi di rilevanza strategica per il sistema e sino ad ora non interessate da iniziative coordinate di ricerca ed innovazione. Priorità assumono in particolare la ricerca clinica ed organizzativa in psichiatria e nella area della assistenza primaria, inclusa la medicina generale. In particolare, le iniziative condotte nel contesto del PRI-ER accolgono pienamente il tema della innovazione organizzativa-gestionale come specifico oggetto di interesse, con particolare riferimento al miglioramento della appropriatezza organizzativa nella erogazione di servizi e prestazioni, inclusa la valutazione della introduzione di modalità innovative di gestione delle liste di attesa a livello ambulatoriale ed in degenza, come parte della gestione per piani di assistenza, sviluppando, anche attraverso tecnologie informative, nuove forme di relazioni organizzative e funzionali tra i diversi servizi ed operatori che concorrono all'assistenza alla cronicità in ambito distrettuale.

Il tema della ricerca che viene oggi posto come di rilevanza strategica per il SSR nel suo insieme è già patrimonio di alcune delle organizzazioni del SSR che hanno maturato competenze specifiche ed acquisito il ruolo di punti di riferimento a livello regionale e sovra-regionale. Queste strutture ospedaliere e territoriali hanno acquisito funzioni di alta qualificazione non soltanto per quanto riguarda le attività assistenziali, ma anche relativamente a quelle di ricerca e formazione e sono ampiamente integrate nel sistema della ricerca nazionale ed internazionale. Una politica regionale finalizzata al potenziamento della capacità di ricerca del SSR deve porsi l'obiettivo di valorizzare adeguatamente questi contesti, sulla base di alcune qualificanti caratteristiche, quali: intensità e rilevanza delle attività di ricerca e formazione già presente e potenzialità per il loro ulteriore sviluppo; disponibilità di risorse strutturali ed infrastrutturali finalizzate alla ricerca ed alla formazione, incluse comprovate competenze professionali; partecipazione a network di ricerca regionali/nazionali/internazionali.

Questo percorso finalizzato ad irrobustire ulteriormente le risorse regionali in termini di disponibilità di centri in grado di promuovere - attraverso le proprie iniziative di ricerca - una costante spinta alla innovazione tecnologica, clinica ed organizzativa, deve orientarsi verso una concezione innovativa del loro ruolo nel contesto del Servizio sanitario regionale. Infatti, la moderna ricerca in ambito sanitario, per rispondere efficacemente alle esigenze dei servizi e dei cittadini, deve essere necessariamente sviluppata in contesti multidisciplinari e multiprofessionali. Il concetto di "traslazionalità" rappresenta appunto la necessità di garantire continuità e coerenza tra le diverse fasi che caratterizzano lo sviluppo di una innovazione, dalla sua ideazione alla sua applicazione clinica, attraverso contesti relazionali che mettano in costante comunicazione le competenze e professionalità coinvolte. Conseguentemente a queste considerazioni, una delle caratteristiche delle strutture ospedaliere e territoriali con funzioni di alta qualificazione nell'ambito della ricerca dovrebbe essere rappresentata, oltre che dalle "intrinseche" proprie specifiche competenze, anche dalla capacità di sviluppare e consolidare relazioni collaborative organiche e non occasionali, sia tra loro, sia con gli ambiti assistenziali. In questo contesto, i centri di eccellenza per la ricerca, universitari ed extra-universitari, a partire dagli IRCCS, hanno modo di agire quali nodi di riferimento all'interno di una rete, esercitando appieno la loro funzione propulsiva, sul

piano culturale ed operativo, sull'insieme del sistema sanitario regionale.

A partire da queste considerazioni, la Regione si impegna ad avviare un processo che preveda l'allargamento della rete degli IRCCS regionali, come parte integrante della strategia complessiva di sostanziale rafforzamento e consolidamento della propria capacità di sviluppare ricerca innovativa.

Per favorire la pervasività della funzione di ricerca nel contesto del SSR, in aggiunta alla valorizzazione dei centri di eccellenza universitari ed extra-universitari, è necessario il consolidamento e l'estensione di network clinici. La forma del network, in generale rappresentata dalla aggregazione di singoli professionisti su progetti pertinenti specifiche aree assistenziali, nella sua semplicità organizzativa rappresenta un potente strumento per favorire la partecipazione, la comunicazione e la condivisione di conoscenze tra operatori ed è riconosciuta come uno dei meccanismi più rilevanti nel determinare la diffusione delle innovazioni. In particolare, la forma del network professionale rappresenta il contesto in cui può essere valorizzato il ruolo positivo svolto da specifiche figure professionali che, in ragione delle proprie competenze, prestigio ed autorevolezza, assumono il ruolo di figure di riferimento per i propri colleghi.

Uno degli elementi che caratterizza queste figure professionali è la disponibilità al cambiamento, la tempestività con cui adottano nuove pratiche e nuove tecnologie. Questa attitudine di apertura al nuovo deve poter essere governata e valorizzata, facendo in modo che si esprima in un contesto in grado di trasformarla in progettualità di ricerca.

La relativa semplicità organizzativa del network professionale come mera aggregazione di soggetti accomunati da interessi comuni espone al rischio della instabilità e della volatilità e richiede quindi una specifica attenzione al problema della continuità di azione. Inoltre, l'aggregazione su temi specifici può implicare una non desiderabile tendenza alla settorialità eccessiva e alla perdita di vista del contesto generale in cui lo specifico tema di interesse viene collocato.

Per valorizzare al meglio le potenzialità dei network professionali, l'Agenzia sanitaria regionale per il ruolo acquisito in generale, ed in particolare sul tema della ricerca ed innovazione attraverso il PRI-ER e la conduzione dell'Osservatorio sulla innovazione (vedi oltre), rappresenta lo strumento attraverso il quale il SSR individua temi su cui tali network possano aggregarsi su specifiche iniziative e/o programmi di ricerca, offre le basi materiali per il loro supporto e consolidamento dando continuità alla loro azione progettuale, favorisce le relazioni tra le specifiche professionalità coinvolte e le altre componenti del Servizio sanitario regionale.

1.4 L'Osservatorio sulla Innovazione

La valutazione delle tecnologie sanitarie (TA) rappresenta una esigenza imprescindibile per garantire una assistenza in grado di adottare tempestivamente tecnologie innovative con la capacità di produrre effetti positivi sulla salute dei pazienti e sul funzionamento dei sistemi sanitari. Tutti i sistemi sanitari dei paesi avanzati hanno costituito agenzie dedicate alla valutazione delle tecnologie sanitarie, in aggiunta al disegno di programmi di ricerca e sviluppo per i servizi sanitari.

Nello specifico contesto del SSR si tratta, in particolare per quanto riguarda le alte tecnologie diagnostiche e terapeutiche, di sviluppare modalità di adozione che consentano di armonizzare le legittime aspirazioni alla innovazione dei servizi che spesso maturano nei contesti locali, con le esigenze più generali del sistema, valutando

non soltanto le caratteristiche delle singole tecnologie oggetto di interesse, ma anche le eventuali esternalità implicate dalla loro adozione.

La costituzione di un Osservatorio regionale dell'Innovazione (OI) è quindi parte integrante delle iniziative che l'Agenzia sanitaria regionale è chiamata a realizzare nell'ambito del PRI-ER, con l'obiettivo non soltanto di identificare il più precocemente possibile le tecnologie emergenti che potrebbero avere un impatto sul sistema sanitario, anticipandone i possibili effetti sul SSR (horizon scanning), ma anche di acquisire altrettanto tempestivamente informazioni sugli orientamenti che – in particolare per l'adozione alte tecnologie - maturano nei contesti aziendali.

L'OI dovrebbe quindi caratterizzarsi come l'ambito in cui poter realizzare, con il coinvolgimento delle Aziende sanitarie, una programmazione condivisa e partecipata delle linee di indirizzo per l'innovazione del SSR, in particolare per quanto attiene alla introduzione di alte tecnologie diagnostiche e terapeutiche, sulla base di una valutazione preliminare del grado di "desiderabilità" della adozione di tecnologie innovative per le singole aziende e per il SSR nel suo insieme, esaminandone le implicazioni cliniche, organizzative, economiche e stimandone il fabbisogno. In ragione di queste sue funzioni inoltre, l'OI si configura anche come strumento a supporto del ruolo dei Collegi di direzione aziendali, mettendo a disposizione nelle forme più appropriate le informazioni scientifiche rilevanti sul costo - efficacia di interventi e tecnologie sanitarie, al fine di facilitare la valutazione delle implicazioni clinico-organizzative della loro adozione.

Questi obiettivi generali dovranno essere perseguiti realizzando gli opportuni rapporti di collaborazione con gli ambiti regionali di eccellenza relativamente alla ricerca, con i network professionali operativi a livello regionale e con la rete delle agenzie ed istituzioni di technology assessment presenti a livello nazionale ed internazionale. Infine, soprattutto per quanto riguarda le funzioni horizon scanning, l'OI dovrà definire le opportune relazioni con l'industria, secondo modalità che, pur preservando l'integrità del ruolo decisionale del SSR nella scelta delle priorità ed in un quadro di trasparenza delle relazioni, sappiano valorizzare il contributo che l'industria del settore può offrire alla innovazione dei servizi.

Particolare attenzione verrà riservata in questo contesto alle potenzialità innovative espresse dalle realtà della imprenditoria regionale del settore biomedicale, anche attraverso il sostegno e la valorizzazione delle esperienze di collaborazione, sul terreno della ricerca e della innovazione, tra distretti industriali del biomedicale ed aziende sanitarie.

1.5 Sviluppo di piattaforme tecnologiche ed informative

La rinnovata attenzione al tema della ricerca da parte del SSR comporta il potenziamento di strumenti per l'acquisizione di informazioni rilevanti sui processi assistenziali e sui loro esiti, per la valutazione della qualità dell'assistenza e dell'impatto di tecnologie ed interventi. Lo sviluppo di database clinici dedicati (registri) per specifici interventi/servizi o di patologia è stato nella nostra regione particolarmente significativo di esperienze, con il registro regionale degli interventi cardiocirurgici, degli interventi di angioplastica coronarica, dei pazienti sottoposti ad interventi di protesi d'anca, dei pazienti con gravi cerebrolesioni. La loro realizzazione è stata conseguente, o ha favorito, la costituzione di network professionali in grado di coinvolgere l'insieme delle Aziende sanitarie della regione. In molte circostanze, tali registri hanno avuto già l'opportunità di dimostrare le loro potenzialità, sia ai fini della valutazione della qualità dell'assistenza, sia ai fini della valutazione precoce di tecnologie ed interventi.

Questi strumenti rappresentano in generale un esempio di effettiva integrazione tra assistenza, ricerca e formazione, offrendo l'opportunità di sostenere contemporaneamente e sinergicamente tutte queste funzioni.

Il consolidamento di quelli esistenti e l'ulteriore applicazione di questo approccio ad aree sin ad ora non investite, rappresenta un elemento di valore strategico per il SSR. Iniziative sono in corso per la realizzazione di database clinici regionali per la valutazione ed il monitoraggio dell'uso dei farmaci oncologici innovativi, per i pazienti con traumi gravi, per l'impianto di defibrillatori e pacemakers, per l'utilizzo di tecnologie diagnostiche ad alto costo quali la TC multistrato nelle patologie coronariche, oltre che per il monitoraggio di eventi critici nel contesto delle strategie aziendali di governo del rischio clinico. Inoltre, i processi di informatizzazione e di messa in rete dei medici di medicina generale realizzati attraverso il Progetto SOLE offrono opportunità che devono essere accuratamente esplorate anche in relazione alla acquisizione di dati a fini di valutazione e ricerca.

1.6 Ruolo e competenze dei Comitati etici

Lo sviluppo di una strategia regionale per la ricerca secondo modalità che ne favoriscano l'integrazione con assistenza e formazione ha profonde implicazioni relativamente al ruolo dei Comitati Etici aziendali. In generale, l'impegno alla ricerca deve necessariamente implicare un rafforzamento delle tutele e delle garanzie che il SSR è in grado di offrire a medici ed operatori relativamente alla integrità delle iniziative condotte nell'ambito delle proprie organizzazioni. Questo comporta la necessità di espandere l'oggetto di attenzione e le competenze dei Comitati a tematiche sino ad ora relativamente poco esplorate, quali la individuazione e la gestione dei conflitti di interesse dei singoli ricercatori e delle stesse Aziende Sanitarie nei programmi di ricerca e nelle iniziative di formazione. Al fine di evitare disomogeneità di comportamenti appare utile definire nuove forme di relazioni fra il SSR e la industria, in primo luogo farmaceutica e biomedicale. Sulla scorta delle esperienze acquisite per la disciplina delle iniziative di Educazione continua in medicina (ECM) e della proficua collaborazione avviata nell'ambito del PRI-ER, e senza quindi rinunciare al contributo essenziale che in termini di risorse e di conoscenze l'industria del settore può assicurare alla ricerca di base, clinica e valutativa, tali indirizzi dovranno assicurare il rispetto delle priorità regionali di ricerca; conferire maggiore trasparenza alle relazioni fra finanziatori, sponsor e responsabili dei programmi di ricerca e/o di formazione; prevenire l'instaurarsi di condizioni di conflitto di interesse nei singoli ricercatori e nelle organizzazioni sanitarie.

Questo percorso di rinnovamento dei Comitati etici, anche per favorire la desiderabile omogeneità nei criteri che devono ispirare le valutazioni di questi organismi, può essere facilitato dalla confluenza dei diversi Comitati che tuttora sono talvolta presenti in un unico Comitato etico locale e dalla costituzione di un Comitato etico regionale, con funzioni di elaborazione e discussione di temi e di procedure che permettano di espandere le competenze dei componenti dei Comitati aziendali e possano essere di ausilio alle loro attività.

1.7 Formazione continua, documentazione e comunicazione

La possibilità di introdurre utilmente nuove tecnologie nei servizi sanitari è strettamente correlata con le capacità di adeguamento delle competenze professionali degli operatori coinvolti. In questo senso la formazione è sia uno strumento per il cambiamento individuale sia una funzione specifica del servizio sanitario. L'attenzione alle modifiche

nelle strutture, nella organizzazione e nei comportamenti assistenziali è l'elemento di convergenza tra gli obiettivi formativi delle Aziende sanitarie e gli interessi di apprendimento degli operatori, e si configura come la traccia per percorsi di formazione continua.

Con l'avvio del programma di Educazione continua in medicina (ECM) nel 2002 è stato introdotto nel Servizio sanitario l'obbligo della formazione continua per tutti gli operatori sanitari. In una visione ampia, la formazione continua dovrebbe essere parte di un contesto in cui si condividano un insieme di valori e di competenze di fondo; sia effettivo l'impegno a creare condizioni di lavoro adatte allo sviluppo delle competenze, sia in funzione della carriera individuale che dell'organizzazione; esistano le possibilità di accedere alla formazione in modo aperto e flessibile e senza discriminazioni; l'apprendimento sia riconosciuto, valutato e accreditato e sia condiviso tra gruppi e professioni diversi; la pianificazione e la valutazione della formazione continua faccia parte integrante dello sviluppo delle organizzazioni; vi sia possibilità di accedere alle necessarie risorse informative; le infrastrutture dedicate siano competenti, accessibili e davvero in grado di supportare l'apprendimento.

Con l'indirizzo dei Collegi di direzione e l'impegno diretto degli Uffici formazione delle Aziende sanitarie verranno analizzati gli scenari organizzativi determinati dai processi innovativi e il loro possibile mutamento, le figure professionali coinvolte e i bisogni formativi esistenti, che diventeranno priorità di interesse regionale per l'Educazione continua in medicina. Verranno in particolare valorizzate le possibilità di formazione sul campo offerte dalle sperimentazioni e per le quali sono già stati definiti i criteri per l'accREDITAMENTO ECM (come la partecipazione a ricerche, ad audit, ecc.), e vi sarà l'opportunità per mettere in atto processi innovativi di apprendimento collaborativo e di e-learning a livello locale e regionale.

Con le Biblioteche del Servizio sanitario regionale verranno studiate le esigenze di informazione scientifica per le diverse funzioni, di horizon scanning, technology assessment, progettazione delle ricerche, redazione di protocolli, aggiornamento e formazione degli operatori e verrà sviluppato un sistema di utilizzazione delle risorse informative, integrando le fonti disponibili e sperimentando Centri di documentazione specifici.

Particolare attenzione verrà anche posta alla comunicazione con i pazienti e con quei cittadini "competenti" che, anche se non esperti dell'argomento trattato, hanno un ruolo significativo nelle scelte per la salute (amministratori, giornalisti, operatori sanitari e sociali, educatori, ecc.). Verranno sperimentate forme di coinvolgimento diretto (Laboratori dei cittadini competenti) per la messa a punto delle modalità più appropriate per presentare e approfondire i temi e i risultati più importanti delle ricerche realizzate e per predisporre strumenti informativi specifici, appropriati per una divulgazione su larga scala.

1.8 L'integrazione delle medicine non convenzionali nel Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna

➤ Gli scenari di riferimento

Le Medicine non convenzionali (MNC) costituiscono un complesso di concezioni, pratiche e tecniche diagnostico-terapeutiche e preventivo-promozionali della salute, di origine e sviluppo diverso da quello della medicina convenzionale di tipo biomedico. La spinta che si verifica da alcuni anni a considerare nell'ambito del sistema sanitario anche

approcci non convenzionali appare il risultato della convergenza di una serie di fattori e di attori sociali: la crisi di efficacia della biomedicina soprattutto per le patologie cronicodegenerative e psico-sociali, i costi crescenti dei servizi sanitari, la crisi di fiducia dei pazienti nei confronti della relazione con il proprio medico ed il ricorso sempre più diffuso a forme alternative di cura, l'interesse crescente da parte degli stessi professionisti medici e sanitari. Più in generale si avverte il bisogno sempre più evidente di considerare la salute e la malattia non più come meri fenomeni di natura biologica, ma come problematiche complesse implicanti una pluralità di dimensioni di natura psichica, sociale, culturale, economica, politica ed ecologica, tutte costitutive della globalità della persona nel suo contesto di relazioni di mondo vitale.

L'apertura del sistema sanitario alla possibilità di integrazione delle MNC appare altresì fondata su evidenze scientifiche che, per quanto ancora non definitive e oggetto di discussioni controverse nell'ambito della comunità scientifica, costituiscono il risultato di verifiche sperimentali condotte secondo i canoni della ricerca scientifica. Molte di queste evidenze sono accreditate internazionalmente e costituiscono la base di percorsi formativi universitari e di formazione continua.

Ciò nulla toglie, comunque, alla necessità di sviluppare la ricerca scientifica di base, clinica e sui servizi sanitari anche secondo modalità innovative per quanto riguarda in particolare l'efficacia, i costi, la sicurezza, l'appropriatezza e la qualità dei diversi trattamenti di MNC al fine di approfondirne la conoscenza e, soprattutto, di tutelare la salute dei cittadini che in misura crescente vi fanno ricorso.

➤ **Il quadro normativo e istituzionale**

L'integrazione delle MNC nel contesto dei sistemi sanitari passa necessariamente attraverso una loro legittimazione anche sotto il profilo normativo e istituzionale.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha da tempo sviluppato una particolare attenzione alle "Medicine tradizionali" (World Health Organization, Traditional Medicine Strategy 2002-2005, Geneva, 2002). In Europa il riconoscimento legislativo delle MNC varia nei diversi paesi e sia il Parlamento Europeo (con la risoluzione n. 75 del 1997) che il Consiglio d'Europa (con la risoluzione n. 1206 del 1999) si sono impegnati ad armonizzare la legislazione esistente nei paesi membri e a sviluppare forme di regolamentazione comune.

In Italia, in particolare, manca una normativa di riferimento generale a livello nazionale, anche se da almeno tre legislature sono in discussione nelle competenti Commissioni parlamentari numerose proposte, tra cui la proposta di legge alle Camere, ai sensi dell'art. 121 della Costituzione, di recente approvata (5 luglio 2006) dall'Assemblea Legislativa dell'Emilia-Romagna, avente ad oggetto "Disciplina delle MNC esercitate dai laureati in medicina, chirurgia, odontoiatria e veterinaria".

La sentenza della Corte di Cassazione n. 1735 del 2003 sancisce altresì che le pratiche mediche non convenzionali sono da considerarsi "atto medico" e la Federazione Nazionale Ordini Medici Chirurghi e Odontoiatri (FNOMCeO) ha approvato un documento di "Linee guida su medicine e pratiche non convenzionali" (Terni, 2002) sulla stessa linea che riconosce 9 discipline di MNC.

In assenza di una normativa nazionale, diverse Regioni hanno ritenuto di adottare provvedimenti, includendo ad esempio riferimenti nei Piani sanitari regionali, creando strutture regionali di riferimento (commissioni, comitati tecnico-scientifici, osservatori), finanziando ricerche, realizzando campagne informative e attività didattiche per medici e personale sanitario. Infine, nonostante il D.P.C.M. del 29/11/2001 abbia escluso le

pratiche mediche non convenzionali dalle prestazioni erogate dal SSN nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza, alcune Regioni hanno ritenuto di inserire alcune di esse a livello di LEA regionali.

➤ **Il percorso regionale**

La Regione Emilia-Romagna ha inserito le MNC tra i "progetti speciali" del suo PSR 1999-2001 e ha istituito un Osservatorio regionale per le MNC presso l'Agenzia sanitaria regionale, composto da esperti del settore, rappresentanti dell'Ordine dei medici e del Servizio sanitario regionale.

L'Osservatorio ha effettuato ricognizioni sulle esperienze e sulle competenze esistenti nel SSR riferibili al campo delle MNC, ha promosso azioni di informazione e formazione ed ha definito criteri per lo sviluppo di programmi finalizzati alla sperimentazione dell'integrazione di pratiche mediche non convenzionali nel SSR (<http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/mnc/index.html>).

La Giunta regionale, in base alle proposte dell'Osservatorio, ha approvato e finanziato (DGR 779 e 1693/2006) un Programma sperimentale 2006-2007 per la integrazione delle MNC nel SSR, in particolare dell'agopuntura, dell'omeopatia e della fitoterapia. Il Programma prevede anche azioni di carattere regionale, da realizzare in collaborazione con le Aziende sanitarie e le Università della regione e con istituzioni e organizzazioni scientifiche di rilevanza nazionale e internazionale, finalizzate in particolare a sostenere la formazione degli operatori sanitari, a diffondere informazioni, a realizzare indagini sugli orientamenti e sulle pratiche non convenzionali, sulle competenze professionali e sui fabbisogni formativi dei medici e a promuovere l'attenzione per la tutela dei pazienti e per il consenso informato e ad avviare un sistema di sorveglianza degli eventi avversi.

➤ **Le indicazioni strategiche e le priorità regionali**

Sulla base del percorso regionale avviato, la Regione considera un processo di integrazione graduale, monitorato e scientificamente fondato delle MNC nel SSR per un loro utilizzo appropriato e sicuro da parte dei cittadini come una indicazione strategica, che debba essere caratterizzata da:

- una informazione puntuale e mirata rivolta ai cittadini per garantire la trasparenza necessaria alla effettuazione di scelte consapevoli;
- l'appropriatezza nelle modalità di utilizzo delle MNC;
- l'attenzione alla tutela del paziente dai rischi connessi all'uso delle MNC;
- la competenza dei professionisti che esercitano le MNC;
- l'ampliamento delle attività di ricerca nel SSR, con particolare attenzione alle pratiche mediche complementari di rilevanza sociale e scientifica, allo scopo di documentarne l'effettiva efficacia pratica, la qualità percepita da parte del paziente e le nuove modalità di organizzazione delle cure che una assistenza integrata al paziente comporta ed eventualmente per un ampliamento specifico dei Livelli Essenziali di Assistenza regionali e del Nomenclatore tariffario;
- la valorizzazione del ruolo dei medici di medicina generale e dei farmacisti nei processi di valutazione e di integrazione delle MNC nell'assistenza sanitaria e nella comunicazione con i cittadini;
- la promozione di iniziative di autoregolamentazione delle pratiche di MNC anche attraverso la collaborazione con gli Ordini dei medici, dei veterinari, etc, a tutela

della professionalità e della trasparenza nei confronti dell'utenza;

- la collaborazione con l'Istituto superiore di sanità, con l'Organizzazione mondiale della sanità, con l'Università e con altre istituzioni e organizzazioni scientifiche in campo regionale, nazionale e internazionale per promuovere la ricerca, la valutazione, la formazione e l'informazione sulle MNC;
- la utilizzazione di fondi finalizzati per l'innovazione secondo le indicazioni e le opportunità definite nei programmi della Regione Emilia-Romagna.

A tal fine si prevede la predisposizione di un nuovo Programma sperimentale 2008-2009 per l'integrazione delle MNC nel SSR dell'Emilia-Romagna e si indicano come compiti per l'Osservatorio regionale per le MNC in particolare: il monitoraggio e la valutazione dei risultati del Programma sperimentale e la proposta di aggiornamenti e sviluppi; la progettazione e l'implementazione di azioni di supporto regionale; la redazione di relazioni annuali; e la collaborazione al tavolo tecnico interregionale avviato presso la Commissione Salute della Conferenza Stato/Regioni.

CAPITOLO 2

IL SISTEMA INFORMATIVO SANITA' E POLITICHE SOCIALI (SIPSS)

2.1 La situazione attuale

Una moderna rete di servizi tesa alla qualità, all'appropriatezza, all'integrazione dei percorsi e alla loro deburocratizzazione deve fondarsi, oltre che sulle insostituibili risorse umane, su un adeguato impiego di Information and Communication Technology (ICT). La tecnologia informatica, le componenti informative e le infrastrutture di comunicazione sono un eccezionale strumento per migliorare il lavoro degli operatori sociali e sanitari, l'accesso ai servizi e la gestione dei percorsi assistenziali, così come sono indispensabili per chi deve stabilire politiche e programmi a livello strategico.

La Regione si è dotata da anni, gradualmente, di un sistema informativo in grado di supportare le attività di programmazione, di valutazione e di regolazione del sistema. Il sistema informativo delle politiche sanitarie e sociali deve fondarsi sulla centralità del cittadino e sulle sue necessità assistenziali e consentire, nel rigoroso rispetto della normativa a tutela della privacy, di soddisfare le esigenze informative, epidemiologiche, amministrative e di monitoraggio relativamente ai principali settori di attività.

2.2 L'evoluzione del sistema

La realizzazione del sistema informativo delle politiche sanitarie e sociali, alla luce delle linee indicate dalla L.R. 11/2004 e conformemente a quanto previsto a livello nazionale nell'ambito del Nuovo sistema informativo sanitario, richiede un impegno volto a promuovere una rete informativa sostanzialmente integrata e per quanto possibile fondata sugli assi informativi: cittadino, struttura erogatrice, prestazione, prescrittore.

2.2.1 I servizi sanitari

In vista dello sviluppo della rete regionale a banda larga prevista dal Piano telematico regionale, il SIPSS è impegnato in una riorganizzazione tecnologica del sistema che consenta di rendere sempre più sicure ed efficaci le transazioni fra Aziende e Regione e soprattutto metta a disposizione dell'intero sistema il patrimonio informativo acquisito. Il valore aggiunto del sistema regionale rispetto a quelli locali è di permettere analisi sulle performance aziendali confrontandole con l'intera regione. Nell'ottica del miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e del necessario contenimento dei costi, l'attività di benchmarking è uno stimolo insostituibile e la Regione lo favorirà con investimenti tesi a semplificare, velocizzare e integrare il SIPSS con i sistemi aziendali. Gli utenti SIPSS disporranno di tecnologia evoluta per analisi statistiche ed epidemiologiche che potranno, con la larghezza di banda adeguata, investigare trasversalmente tutte le basi dati rese, per questi scopi, rigorosamente anonime.

2.2.2 I servizi ad elevata integrazione sociale e sanitaria

Lo sviluppo della rete dei servizi per anziani non autosufficienti e disabili, la nascita delle Aziende pubbliche di servizi alla persona, la rimodulazione dell'assistenza residenziale e semiresidenziale, l'obiettivo di promuovere la qualità della vita e dell'assistenza orientate al benessere delle persone anziane e dei loro care giver in tutti i servizi della rete, rendono prioritario la realizzazione di un sistema informativo finalizzato alla rilevazione di questa tipologia di prestazioni e dei problemi delle persone inserite in programmi di

assistenza a lungo termine che contenga almeno la conoscenza su i cittadini, le patologie, i livelli di non autosufficienza, le strutture, e i costi, così da armonizzare la rilevazione con i flussi della Sanità, anche per la gestione del fondo regionale per la non autosufficienza.

In questo ambito tra le azioni prioritarie si colloca anche il completamento e messa a regime del sistema informativo della salute mentale secondo gli assi precedentemente indicati: cittadino, struttura erogatrice, prestazione e prescrittore.

2.2.3 I servizi sociali

L'esperienza dei Piani sociali di zona, la L.R. 2/2003 hanno fornito indicazioni sugli strumenti informativi necessari per supportare le attività di programmazione, di valutazione e di regolazione del sistema.

L'attuale organizzazione del sistema informativo è orientato alla rilevazione del sistema dell'offerta con i suoi attributi, comprensivi anche dei costi, e l'attività erogata, il personale, e la rilevazione della spesa sociale dei Comuni singoli o associati. Si pone pertanto l'obiettivo di integrare le rilevazioni esistenti con nuove tipologie di offerta emerse attraverso i Piani sociali di zona, definire le regole per armonizzare i flussi informativi esistenti. Un ulteriore obiettivo è il monitoraggio dell'attività degli sportelli per l'agevolazione dell'accesso e la successiva presa in carico al fine di seguire il percorso degli utenti.

2.3 I grandi progetti

L'evoluzione del SIPSS e l'attivazione dei nuovi flussi informativi garantirà al servizio sanitario regionale gli strumenti di verifica delle politiche delineate nel presente Piano. Ciò non esaurisce, tuttavia, l'impegno della Regione e delle Aziende Sanitarie verso la modernizzazione del sistema e un più efficace utilizzo delle tecnologie della comunicazione e dell'informazione nell'interesse dei cittadini e per l'efficacia di una rete integrata di servizi.

Già da alcuni anni il tema prevalente nei sistemi informativi dei servizi ad elevata integrazione sociale e sanitaria è l'integrazione dei sotto sistemi. Il superamento di un'ottica dipartimentale e per funzione, con le inevitabili duplicazioni che questo comporta, è fondamentale per rendere disponibili agli operatori sanitari dislocati nei punti della rete i dati raccolti lungo i vari percorsi. Nella nostra regione i servizi sono ormai tutti in rete. L'obiettivo ulteriore riguarda la messa in rete dei punti di accesso sociali, socio-sanitari e sanitari, che deve essere sostenuto da una adeguata evoluzione del sistema informativo, raccordando tra loro anche i cosiddetti "grandi progetti".

2.3.1 Il progetto tessera sanitaria

La Regione Emilia-Romagna ha aderito al sistema ministeriale per il monitoraggio della spesa e relativa tessera sanitaria. La distribuzione della tessera si è conclusa e questo ha permesso di validare le anagrafi degli assistibili delle Aziende USL e di costruire un'anagrafe sanitaria regionale come sottoinsieme di quella nazionale. A questo punto si tratta di mettere a regime i meccanismi che garantiscano il costante aggiornamento della base dati regionale e nazionale. Per ottenere questo obiettivo strategico per l'intero sistema è in corso di progettazione il meccanismo per l'aggiornamento in tempo reale dell'anagrafe regionale da parte delle anagrafi aziendali e viceversa (per i cambiamenti

di residenza o di assistenza). Le interfacce per questi scambi informativi si basano sull'infrastruttura del Progetto SOLE e quindi permetteranno da un lato di notificare ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta le scelte e revoche che li riguardano e dall'altro di veicolare le medesime informazioni verso la base dati regionale.

Inoltre, tutte le variazioni anagrafiche saranno verificate attraverso l'anagrafe tributaria e quindi le Aziende sanitarie potranno lavorare con codici fiscali certi avendo così la possibilità di superare molte delle difficoltà che abitualmente affliggono i flussi informativi e lo scambio di dati fra applicazioni diverse quando si tratta di identificare le persone.

2.3.2 Il progetto della non autosufficienza

L'istituzione da parte della Regione del Fondo per la non autosufficienza presuppone l'adozione di strumenti per il monitoraggio dell'utilizzo di tali risorse attraverso un sistema informativo che rilevi i servizi, gli interventi, le condizioni individuali per l'accesso e gli erogatori. Per la realizzazione del sistema occorre definire, standardizzare e codificare le modalità di erogazione e le prestazioni anche per individuare i costi e le condizioni di partecipazione alla spesa dei cittadini e con l'obiettivo di garantire livelli omogenei di assistenza nei distretti regionali.

2.3.3 Il progetto Mattoni

Il Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) si propone di costruire la grande base dati condivisa, a partire dalla quale sviluppare le misure necessarie al bilanciamento di qualità e costi. La corretta progettazione e sviluppo del NSIS richiedono tuttavia la disponibilità di un linguaggio comune per consentire l'interscambio informativo con i sistemi sanitari regionali. Per costruire questo linguaggio è nato il progetto "Mattoni" del Servizio sanitario nazionale, che ha richiesto l'avvio di una progettualità molto vasta, con la creazione di numerosi gruppi di lavoro sulle diverse tematiche.

La Regione Emilia-Romagna è capofila del mattone "Evoluzione del sistema DRG nazionale", i cui obiettivi sono quelli di garantire l'omogeneità e l'attualizzazione del sistema su tutto il territorio e di integrare la struttura della SDO con nuovi campi di informazione, per definire un flusso informativo sull'attività di ricovero adeguato a tutti i livelli di governo del SSN, che permetta valutazioni comparate, su base nazionale, sull'utilizzo appropriato dell'ospedale e l'eventuale trasferimento di attività ad altro regime assistenziale. La Regione è impegnata anche nei lavori sulla definizione di un nuovo nomenclatore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, e nuove modalità di lettura dell'assistenza farmaceutica.

2.3.4 Il progetto SOLE

L'esigenza di garantire la continuità assistenziale attraverso l'integrazione fra territorio e ospedale, di migliorare l'accesso ai servizi e le modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria ha fatto nascere il Progetto SOLE (Sanità On LinE). Il Progetto, parte del Piano telematico regionale, è stato avviato in un primo gruppo di Aziende e successivamente esteso a tutte le Aziende sanitarie della regione.

Attraverso l'implementazione di un'infrastruttura innovativa che utilizza la tecnologia della cooperazione applicativa e gli standard sanitari, il progetto ha il compito di migliorare la comunicazione fra MMG/PLS e specialisti territoriali e ospedalieri, ridurre gli

adempimenti burocratici per MMG/PLS e cittadini, creare le condizioni per disporre in formato elettronico della documentazione sanitaria e quindi facilitare la definizione e gestione dei percorsi diagnostici.

2.4 Il Piano telematico regionale 2007/2009

Una prima realizzazione di quanto sopra descritto è previsto nel Piano telematico regionale 2007-2009, dove si collocano molte azioni di ICT in sanità. In tal senso si integrano e si utilizzano gli esiti di alcune delle principali azioni di piano quali: (1) realizzazione della rete geografica (LEPIDA); (2) fruibilità di uno strumento di autenticazione che garantisca l'identità di chi accede ai dati sanitari; (3) disponibilità di data center, laddove ritenuto necessario, per l'archiviazione delle informazioni.

2.5 Ruolo di CUP 2000

Nel contesto sopra descritto, il ruolo di CUP 2000 rappresenta una scelta strategica. Esso potrà articolarsi attorno alle funzioni di:

- (1) supporto alla funzione di governo del sistema ICT ai vari livelli, attraverso l'apporto di competenze tecniche;
- (2) realizzazione di servizi specifici a favore del sistema regionale.

Tutto ciò necessita di un riorientamento del ruolo di CUP 2000 che dovrà espletare sempre più una funzione di supporto al sistema regionale dei servizi, con l'obiettivo di rappresentarne il punto di eccellenza nell'ambito dell'ICT.

CAPITOLO 3

COMUNICAZIONE E PARTECIPAZIONE

La comunicazione per la salute è un elemento decisivo nel governo delle attività assistenziali che ha avuto un impulso notevole negli ultimi anni. In tutte le Aziende sono state realizzate Carte dei servizi, avviati Uffici per le relazioni con il pubblico (URP) e Comitati consultivi misti (CCM), sperimentati nuovi strumenti informativi, etc. La Regione, oltre a realizzare campagne informative ad hoc, sta sperimentando con successo un Numero verde regionale e un Portale della sanità (<http://www.saluter.it/>).

I CCM nelle Aziende Sanitarie ed il Comitato consultivo regionale per la qualità dei servizi sanitari dal lato del cittadino (CCRQ) assicurano la partecipazione e il confronto strutturato con le organizzazioni dei cittadini impegnate in sanità e svolgono un ruolo di verifica della qualità dei servizi dal lato del cittadino e di stimolo costante al loro miglioramento secondo la prospettiva degli utenti.

La capillare esperienza dei Piani per la salute ha permesso a migliaia di cittadini attivi nelle comunità locali di partecipare a processi di progettazione e realizzazione di azioni per la promozione della salute che sono attualmente in corso.

3.1 Facilitare l'appropriata utilizzazione dei servizi

I cittadini chiedono informazioni che li mettano in grado di orientare la loro domanda, di comprendere diritti, di conoscere procedure, di saper utilizzare al meglio le opportunità esistenti. L'impegno in questo settore può contribuire in modo rilevante non solo al raggiungimento di obiettivi di salute, ma anche al miglioramento dell'immagine delle istituzioni e al rafforzamento dei rapporti di fiducia.

L'accesso e la conoscenza dei servizi interessa tutti i cittadini e deve essere organizzato in maniera che tenga conto e favorisca il contatto con chi ha maggiori difficoltà fisiche e culturali (anziani, immigrati, disabili, esclusi).

Poiché i problemi di assistenza, sociale e sanitaria, sono spesso intrecciati è necessario garantire la massima integrazione a livello locale anche sul piano informativo, tra i punti di accesso al sistema dei servizi. Gli sportelli informativi rivolti al pubblico (Uffici per le relazioni con il pubblico, Sportelli sanitari distrettuali e Sportelli sociali, etc.) devono essere tra loro reciprocamente e stabilmente comunicanti.

Oltre allo sviluppo delle attività di front-office è anche necessario rafforzare tutti gli strumenti di comunicazione diretta con il pubblico, valorizzando in particolare l'utilizzazione del telefono per le possibilità che offre di mettere in collegamento anche persone che hanno difficoltà di spostamenti.

E' determinante, infine, in questo ambito anche il ruolo degli Uffici stampa delle Aziende sanitarie e delle campagne rivolte alla popolazione al fine di spiegare scelte, orientare comportamenti, informare su opportunità specifiche, valorizzare iniziative.

3.2 Rafforzare la capacità delle persone di governare la propria salute e di effettuare scelte diagnostiche e assistenziali consapevoli

La comunicazione in questo ambito riguarda l'orientamento delle persone nell'affrontare problemi di salute, di assistenza, di gestione dei rischi, ma anche di comportamento e di prevenzione (ad esempio abitudini alimentari, vaccinazioni, screening, gestione delle

emergenze, etc.). E' finalizzata a rafforzare le conoscenze dei cittadini sui temi della salute e, in particolare, sulle evidenze scientifiche disponibili su ciò che è efficace e utile.

Spesso vanno affrontate notevoli difficoltà di natura etica o relative alla riservatezza e alla incertezza delle situazioni e aspetti dolorosi come nella comunicazione della diagnosi e nell'assistenza nelle fasi terminali della vita. Sono, quindi, coinvolti da un lato le persone direttamente interessate, i familiari e, in generale, coloro che partecipano al problema e, dall'altro gli operatori dei servizi sociali e sanitari che intervengono nella gestione del caso e che devono possedere competenze adeguate anche sotto il profilo comunicativo.

E' importante, inoltre, che vengano valorizzati strumenti specifici come per il consenso informato o le dimissioni ospedaliere, in modo che la comunicazione tra le strutture e i professionisti che si occupano dello stesso caso sia facilitata e favorisca la continuità e la sinergia degli interventi.

Le tecnologie dell'informazione e della comunicazione trovano qui terreni nuovi da esplorare sia per ridurre tempi e spostamenti sia per avvicinare tra loro gli esperti delle diverse strutture, sia per migliorare la diffusione dell'informazione scientifica. Rientrano le iniziative di collaborazione con gruppi di cittadini per la sperimentazione di strumenti di comunicazione e modalità più efficaci per la gestione dell'assistenza (laboratori dei cittadini per la salute, gruppi di auto-aiuto). E' in questo ambito che va collocata anche l'attenzione per il marketing sociale, inteso come partnership tra strutture sanitarie o sociali e altri soggetti, pubblici e privati, nel sostegno alla diffusione di informazioni e orientamenti utili alla salute.

3.3 Utilizzare il gradimento dei pazienti e dei cittadini nella valutazione dei servizi

Il coinvolgimento dei cittadini, singoli e associati, nella valutazione dei servizi non è solo una questione di libertà di scelta, ma è anche una risorsa per garantire adeguati processi di miglioramento.

Esso può avvenire attraverso l'espressione spontanea di giudizi e critiche da parte di singoli (reclami), che si aspettano un riscontro personale, ma che attivano in tal modo anche un sistema di verifica e di miglioramento interno all'organizzazione. Può avvenire attraverso indagini strutturate sul gradimento di specifici aspetti o sulle opinioni relativamente a questioni critiche del servizio. Può avvenire con il coinvolgimento nella conoscenza e nella gestione di rischi presenti nei processi assistenziali e nella valutazione dei contenziosi.

Può avvenire, infine anche attraverso forme innovative di cittadinanza attiva che permettono un coinvolgimento più approfondito e rappresentativo come quello delle associazioni di cittadini interessati, malati o familiari, che danno voce a larghi e importanti gruppi di popolazione. I Comitati consultivi misti, costituiti a maggioranza dalle organizzazioni di volontariato e di tutela, che ne hanno la presidenza, rappresentano l'espressione stabile e consolidata di questa partnership e l'interlocutore privilegiato per l'Azienda sanitaria che ha la responsabilità di ascoltare la voce e le indicazioni dei cittadini. Ogni Azienda sanitaria, coinvolgendo in particolare il Collegio di direzione, dovrà coinvolgere il CCM sui temi rilevanti che riguardano la qualità dei servizi sanitari dal lato del cittadino, quale organismo con funzioni consultive e propositive e tenere conto di quanto esprimono, nel rispetto naturalmente delle rispettive responsabilità. A questo fine è importante che l'Azienda sanitaria assicuri l'informazione e la formazione dei componenti di questo organismo.

3.4 Valorizzare la partecipazione dei cittadini competenti nelle scelte per la salute e nella programmazione sociale e sanitaria

I cittadini sono oggi più informati e più attenti ai rischi per la salute, ai problemi etici, agli stili di vita; rivendicano più trasparenza; chiedono di condividere le scelte assistenziali e si attendono servizi più rispondenti alle esigenze individuali. Sono anche più capaci di orientarsi tra le proposte che ricevono e di associarsi per esercitare pressioni sui livelli decisionali. Vecchie e nuove indagini concordano nel considerare la capacità di ascoltare da parte delle istituzioni e degli operatori e la chiarezza delle informazioni punti critici migliorabili.

La costruzione di una partnership tra cittadini e servizi è una delle leve fondamentali per migliorare la salute e la qualità della vita e per offrire un'assistenza sociale e sanitaria di tipo universalistico, fedele ai principi d'equità, accessibilità ed efficacia. L'ascolto e il coinvolgimento delle comunità sono necessari per ridurre le distanze che esistono tra i cittadini, le istituzioni di governo locale e i servizi, ma anche per valorizzare le risorse esistenti e orientarle su priorità di interesse comune.

Per realizzare efficacemente questi impegni il PSSR, forte anche dell'esperienza realizzata finora con i Piani per la salute, propone un quadro di relazioni in cui le Conferenze territoriali sociali e sanitarie e i Comitati di Distretto si fanno promotori della partecipazione ai diversi processi di programmazione locale in particolare l'Atto di indirizzo e coordinamento triennale e il Piano di zona distrettuale per la salute e il benessere sociale.

Tutti i cittadini sono potenzialmente interessati, ma in questo caso la comunicazione riguarda soprattutto coloro (i cittadini "competenti") che hanno una maggiore influenza sulle scelte per la salute in una comunità (gli amministratori, i rappresentanti di enti, di organizzazioni di volontariato e di tutela, di forze sociali, i giornalisti, gli educatori, e anche gli operatori sanitari).

I problemi da affrontare presentano aspetti tecnici a volte complessi e richiedono che vengano adottate decisioni anche in condizioni di incertezza. La comunicazione ha bisogno di strumenti e modalità appropriati e diversi da quelli utilizzati per l'insieme dei cittadini. Questi possono riguardare le azioni realizzate dalle strutture per affrontare problemi e raggiungere obiettivi (Bilanci di missione, Bilanci sociali) o anche le ipotesi di soluzione e le possibili alternative (Profili di comunità, Valutazioni di impatto sulla salute). Per queste attività sono anche necessarie competenze specifiche, tra l'altro nel campo della comunicazione del rischio e dell'animazione sociale.

3.5 Responsabilizzare operatori e servizi per conquistare la fiducia dei cittadini e garantire un'informazione scientifica attendibile e utile

La scelta del SSN è stata quella di adottare i principi della Evidence Based Medicine (EBM) e di assumere come proprio compito quello di fornire tutte le prestazioni efficaci ed appropriate. La sfida dell'efficacia e dell'appropriatezza è enorme - sul piano della capacità di erogare prestazioni che soddisfino entrambe questi criteri - ma è ancora maggiore è la sfida che si pone sul piano dell'informazione e della comunicazione con il cittadino e il malato.

In questo campo le imprese farmaceutiche sono spesso l'unica fonte informativa, soprattutto per i medici e l'attendibilità è, quindi, condizionata dai conflitti di interesse che esistono. Al SSN compete una funzione centrale sia nel garantire il rispetto di regole e

modalità che tengano distinte la pubblicità dalla informazione scientifica sia nella diretta selezione e diffusione di una informazione scientifica indipendente.

Questa funzione informativa del SSN non si esaurisce nella offerta di iniziative di guida a tutto ciò che serve ed è efficace, ma soprattutto deve rappresentare una vera e propria occasione di dialogo e d'educazione che tiene conto dei limiti della medicina, delle potenzialità della promozione e difesa della salute e di una cultura dell'essenzialità del consumo sanitario. Sono attività che incontrano severe difficoltà. Anzitutto, i limiti delle conoscenze scientifiche disponibili che, in molti casi, permettono di comunicare più il livello d'incertezza di determinate conoscenze che chiari messaggi positivi o negativi. In secondo luogo, la necessità di fornire informazioni non solo corrette ma anche bilanciate, informazioni cioè che non enfatizzino i benefici a scapito dei rischi e che sappiano, il più possibile, coniugare il beneficio collettivo con quello atteso a livello individuale. In terzo luogo, l'assoluta necessità di assimilare anche il punto di vista dell'utente, nell'interpretazione dei verosimili benefici e rischi di un intervento.

L'attenzione non deve riguardare solo l'efficacia dell'assistenza. Ci si deve misurare anche: con il problema di rendere comprensibile argomenti complessi a persone con diversi livelli di educazione e di provenienza culturale; con il peso dei determinanti sociali, ambientali, economiche, culturali che condizionano la salute; con le ragioni dei nuovi approcci ai problemi di sanità pubblica, che mirano ad assicurare coerenza con i principi del servizio sanitario; con le valutazioni sui risultati degli interventi e sulle politiche che hanno effetti sulla salute, disegnando i possibili scenari.

3.6 Promuovere il “sistema comunicazione” e le risorse aziendali

Per affrontare i problemi e gli obiettivi descritti le Aziende sanitarie e il sistema dei servizi sociali devono sviluppare un insieme coordinato di competenze e funzioni mirate alla comunicazione: il Sistema comunicazione. Questo sistema deve garantire il collegamento dei vari punti informativi con particolare attenzione alle fasce più deboli (anziani, immigrati, persone con disagio economico e sociale), deve poggiare su un Piano comunicativo integrato e condiviso e su strutture organizzative competenti. Il “Sistema comunicazione” deve essere pertanto capace di sostenere la rete e l'integrazione tra i soggetti titolari della programmazione e della erogazione dei servizi.

La comunicazione aziendale ha anche ulteriori finalità: la costruzione del budget, la gestione delle relazioni sindacali, la programmazione formativa, la circolazione delle informazioni a carattere amministrativo e gestionale, l'accesso alla documentazione scientifica, la gestione di informazioni sanitarie, ecc.

Questi elementi sono determinanti ai fini del funzionamento dell'organizzazione e del clima interno e anche alla base delle attività di comunicazione con l'esterno. Sono coinvolti tutti i livelli delle organizzazioni.

* * * *

o m i s s i s

LA PRESIDENTE : f.to Monica Donini

I SEGRETARI : f.to Enrico Aimi - Matteo Richetti

22 maggio 2008

E' copia conforme all'originale.

LA RESPONSABILE DEL SERVIZIO

(Maria Cristina Coliva)