

INDICE

Ringraziamenti	pag. 2
Introduzione.....	pag. 3
1 Elementi teorici di riferimento.....	pag. 5
2 Cenni alle disposizioni legislative in materia socio-sanitaria con particolare attenzione agli strumenti di programmazione.....	pag. 12
2.2 <i>Il decentramento fiscale, il ruolo delle regioni.....</i>	pag. 15
2.3 <i>Il sistema socio-sanitario veneto.....</i>	pag. 18
3 L'attuale contesto socio-sanitario della Regione Veneto.....	pag. 22
3.1 <i>Cenni ai cambiamenti demografici e epidemiologici.....</i>	pag. 22
3.2 <i>I fattori di crisi e le problematiche socio-economiche da affrontare.....</i>	pag. 28
4 Il Piano Socio-Sanitario e il suo disegno di sviluppo e di prospettiva.....	pag. 35
5 L'attività di programmazione del Piano di Zona.....	pag. 45
6 Alcuni punti di vista di testimoni privilegiati.....	pag. 56
Conclusioni.....	pag. 65
Appendice: interviste.....	pag. 69
Bibliografia.....	pag. 78
Riferimenti normativi.....	pag. 79

RINGRAZIAMENTI

Desidero in primo luogo ringraziare il mio relatore, il Prof. Alessandro Battistella per la sua preziosa collaborazione e disponibilità dimostrata durante tutto il percorso di tesi, per i suoi consigli e per gli spunti di approfondimento critico ai temi analizzati.

Ringrazio sentitamente i quattro esperti intervistati, Dr. A. Cestroni (in qualità di Direttore Generale Az. Ospedaliera di Padova e Az. Ulss n. 16 di Padova), Dr.ssa G. Bonavina (in qualità di Direttore Generale Az. Ulss n. 20 di Verona), Dr. L. Padrin (in qualità di Consigliere Regionale e Presidente V Commissione Consiliare) e Dr. C. Sinigaglia (in qualità di Consigliere Regionale e Vice-Presidente V Commissione Consiliare), che mi hanno concesso il loro tempo raccontandomi la loro esperienza in merito all'argomento trattato.

Desidero ringraziare la mia piccola Ludovica che pazientemente mi ha aspettato regalandomi abbracci durante questi giorni di intenso lavoro dandomi la forza per continuare e ringrazio Alberto che mi ha sempre ripetuto "non smetterla di puntare in alto" ogni volta che avrei voluto mollare, so che in me riesce sempre a far venire fuori il meglio.

Un ultimo ringraziamento va ai miei genitori Annarosa e Roberto, in particolare a te papà, era un tuo grande desiderio potermi vedere raggiungere questo risultato, sappi che dall'alto il tuo Spirito mi ha accompagnato e mi accompagnerà sempre. Grazie.

INTRODUZIONE

Questa tesi intende fornire un contributo alle riflessioni sull'integrazione socio-sanitaria, concentrandosi in particolare sul significato attuale del piano di zona rispetto al complesso processo della programmazione sociale.

Il primo argomento trattato è l'evoluzione del concetto di salute, dapprima accostato al termine disagio, specificamente medico: il disagio/malattia. Successivamente legato a una visione più complessa e olistica, tipica delle scienze sociali, fondata sulla centralità della persona e sui suoi ambiti di vita. Tuttavia non scompare il termine malattia, poiché il piano di zona è chiamato attualmente a essere uno strumento ancor più centrale per programmare a livello territoriale le risposte ai problemi di salute delle persone e delle comunità locali.

Si ricostruisce poi il percorso normativo e operativo che ha portato alla realizzazione effettiva dell'integrazione tra servizi sociali e sanitari nel Veneto, la Regione del "Distretto forte". L'attenzione viene pertanto posta nel far emergere le conseguenze, sotto il profilo di organizzazione dei servizi, delle transizioni legate alla legge 833/1978, alla legge 328/2000 e alla riforma del Titolo V della Costituzione.

All'interno del quadro normativo nazionale si approfondisce nel dettaglio la normativa della Regione Veneto in chiave di programmazione e integrazione socio-sanitaria e si focalizza l'attenzione sul nuovo Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016 e le ultime deliberazioni per la predisposizione e realizzazione dei Piani di Zona 2011-2015.

Quattro interviste semi-strutturate ad altrettanti testimoni privilegiati (2 Direttori Generali, 2 Consiglieri Regionali della V Commissione) forniscono l'incipit per avviare alcune riflessioni su positività e criticità, attualità ed efficacia del percorso di programmazione ed integrazione finora attuato dalla Regione Veneto.

Nelle conclusioni si enucleano le ragioni che mirano oggi a continuare a sostenere i processi di integrazione nella programmazione, sia tra i diversi livelli istituzionali, sia tra i diversi soggetti locali che intervengono a vario titolo nel sistema di welfare.

Il piano di zona rappresenta uno strumento ormai uscito dalla fase di sperimentazione e appare consolidato nei processi di collaborazione tra i diversi soggetti, nei contenuti, nelle strategie utili per costruirlo, negli strumenti di concertazione e di messa in rete delle responsabilità. Superata la prima fase, quella del riordino, il piano di zona è lo strumento ordinario attraverso il quale governare il processo di costante adeguamento, del sistema delle risposte all'evoluzione dei problemi e delle opportunità, da garantire alle persone, alle famiglie, ai gruppi particolari o fasce specifiche di popolazione.

In questo elaborato si mostra come a determinare la cabina di regia che permette ai diversi attori di stimolare, pensare, realizzare e valutare percorsi e progetti unitari per la persona in difficoltà sia ancora oggi, con forte attualità, il piano di zona.

1. **ELEMENTI TEORICI DI RIFERIMENTO**

La cura e il prendersi cura di un soggetto in difficoltà presuppongono l'attivazione unitaria di due logiche, quella sanitaria e quella sociale, tra loro diverse ma estremamente connesse. Si sottolineano qui due concetti introdotti dalle culture anglosassoni, il concetto di “*cure*” e quello di “*care*”. “*To cure*” appartiene alla sfera sanitaria, ha come riferimento l'attività terapeutica, ed è legata alla logica clinica e sanitaria; “*To care*”, che significa prendersi cura, è quindi sostenere e dare aiuto.

Nel passato il concetto di salute era di semplice rappresentazione, basato su un'affermazione negativa “sano è colui che non ha malattie”¹, tradizionalmente ereditato dalla cultura basata sul passato modello teorico bio-medico, che considera la malattia come un “guasto del corpo” e la cura come la sua “riparazione”. La consapevolezza che la salute non può essere considerata unicamente come assenza di malattia, ma che essa deve comprendere anche il complesso sistema delle relazioni sociali degli individui, è incominciata a emergere verso la fine degli anni settanta del XX secolo.

“La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale, e sociale e non semplicemente un'assenza di malattia o infermità”² (OMS, 1949). Una definizione ampia e generale, che rimuove il dualismo concettuale di “salute-malattia” e che offre una visione dello “stato di benessere” di un individuo o di una popolazione, non unicamente correlato con l'intervento sanitario, sia esso preventivo, curativo o riabilitativo³, tale definizione è ampliata nel documento della Dichiarazione di Alma Ata (1978), dove si tenne la Conferenza Internazionale sull'Assistenza Sanitaria di Base (Primary Health Care).

La Conferenza di Alma Ata fu un momento particolarmente utile per riaffermare con forza che la “salute, come stato di benessere fisico, mentale e sociale e non solo come assenza di malattia o infermità” è un diritto fondamentale dell'uomo e il suo raggiungimento è un obiettivo sociale necessario che riguarda l'interesse mondiale e al quale devono concorrere tutti i diversi settori socio-economici oltre che quelli sanitari.

¹ B. Paccagnella, in “Pace e diritti umani - Peace Human Rights”, n. 3, 2005, pp. 21- 36.

² La definizione la troviamo nell'atto costitutivo dell'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) 1949.

³ G. Maciocco, *Politica, Salute e Sistemi Sanitari*, Il Pensiero Scientifico Editore, 2009, p. 29.

Il messaggio della Conferenza da un punto di vista politico si esprime nella definizione stessa di Primary Health Care, che qui si riprende⁴:

- I Governi sono responsabili della salute dei propri cittadini: essa può essere raggiunta solo mettendo a disposizione adeguate misure sanitarie e sociali. Nei prossimi decenni un obiettivo sociale essenziale dei governi, delle organizzazioni internazionali e dell'intera comunità mondiale dovrebbe essere il raggiungimento, entro l'anno 2000, di un livello di salute che permetta a tutti i popoli del mondo di condurre una vita socialmente ed economicamente produttiva. L'assistenza sanitaria primaria è la chiave per conseguire questo risultato dentro la cornice dello sviluppo in uno spirito di giustizia sociale.

La Dichiarazione mette in evidenza l'importanza di stimolare e promuovere il più possibile l'autonomia dell'individuo e della comunità, la loro partecipazione alla progettazione, organizzazione, funzionamento e controllo dell'assistenza sanitaria primaria stessa, attraverso l'utilizzo delle risorse locali, nazionali e le altre disponibili. È possibile giungere allo scopo attraverso un'adeguata educazione alla capacità della comunità a partecipare. Il principio della sussidiarietà e della partecipazione alla programmazione da attuarsi nel 2000 è chiaro e viene sottolineato più volte nel documento. La dichiarazione indirizza a sistemi di servizi integrati, funzionali e di supporto reciproco con l'intento di portare effettivo miglioramento dell'assistenza sanitaria globale per tutti, assicurando però la precedenza a quei soggetti che sono maggiormente nel bisogno.

La Dichiarazione si inserisce in un periodo storico di Welfare State in forte espansione nei paesi occidentali, dove l'assunzione del concetto di salute come benessere, è uno dei cardini di riferimento per lo sviluppo sociale ed economico. Di certo l'economia e i suoi soggetti decisori hanno sempre inciso notevolmente sulle politiche di welfare e quindi sul sistema salute.

È da sottolineare che gli indirizzi e i principi fin qui enunciati si inseriscono però nel modello di neo-liberismo del welfare, che si fonda sulla centralità del mercato, e purtroppo ricade sui settori quali la sanità, l'istruzione, la previdenza

⁴ Art. 4 della Dichiarazione Alma Ata 1978.

compromettendo lo sviluppo e la crescita globale di tipo armonico, poiché non tende a mitigare le disuguaglianze.

Dettano legge i potenti organismi della Banca Mondiale, del Fondo Monetario Internazionale e dell'Organizzazione Mondiale del Commercio, ecco le direttive da questi impartite in materia di politica socio-sanitaria:

- l'introduzione presso le strutture sanitarie pubbliche di forme di partecipazione alla spesa da parte degli utenti (ticket);
- la promozione di programmi assicurativi;
- il sostegno alla privatizzazione dei servizi sanitari;
- la decentralizzazione del governo della sanità⁵.

Se questa è la visione socio-economica liberale come conciliarla con il paradigma bio-medico (basato sulla cura dei singoli episodi di malattia e su un approccio paternalistico) e il paradigma bio-medico-sociale (basato sulla prevenzione, sulla centralità delle cure, sulla costituzione di team assistenziali e su un ruolo diretto dei pazienti nella gestione della malattia).

La Carta di Ottawa del 1986, "la Promozione della Salute", ribadisce che le condizioni affinché la popolazione sia capace di aumentare il proprio controllo sulla salute per migliorarla dipendono da una serie di strategie, come: *enabling*, *advocating*, *mediating*⁶ e azioni prioritarie quali:

- la costruzione di politiche pubbliche sane;
- la creazione di ambienti favorevoli alla salute;
- il rafforzamento dell'azione della comunità;
- lo sviluppo delle capacità personali;
- il riorientamento dei servizi socio-sanitari.

La Carta di Ottawa chiarifica, inoltre, relativamente ai servizi sanitari, che debbono fornire le prestazioni efficaci per la salute, in modo efficiente ed

⁵ G. Maciocco, *Politica, Salute e Sistemi Sanitari*, Il Pensiero Scientifico Editore, 2009, p.29, citazione documento Banca Mondiale

⁶ Si chiariscono di seguito i concetti di *Enabling*, secondo cui tutti devono essere messi in grado di sviluppare il loro potenziale di salute, *Advocating* secondo cui i fattori sociali, economici, politici, culturali, ambientali, comportamentali e biologici devono essere resi favorevoli; *Mediating* secondo cui la salute non può essere garantita dal solo settore sanitario, ma richiede la partecipazione e il coordinamento di tutti i settori (governi, altri settori sociali ed economici, organizzazioni non governative, associazioni di volontariato, autorità locali, industrie, mezzi di comunicazione).

appropriato, sviluppare le attività di assistenza primaria, promuovere la partecipazione dei cittadini e le azioni multisettoriali.

La conferenza di Ottawa ha dato luogo a un profondo cambiamento di paradigma nel modo di rappresentare e intendere il concetto di salute, ponendo le basi per nuove politiche di intervento a carattere più organico e multidisciplinare di quelle tradizionalmente sperimentate in campo medico. La Carta di Alma Ata e quella di Ottawa hanno trovato successiva conferma con la Carta di Lubiana (1996) e con la Dichiarazione di Jakarta (1997).

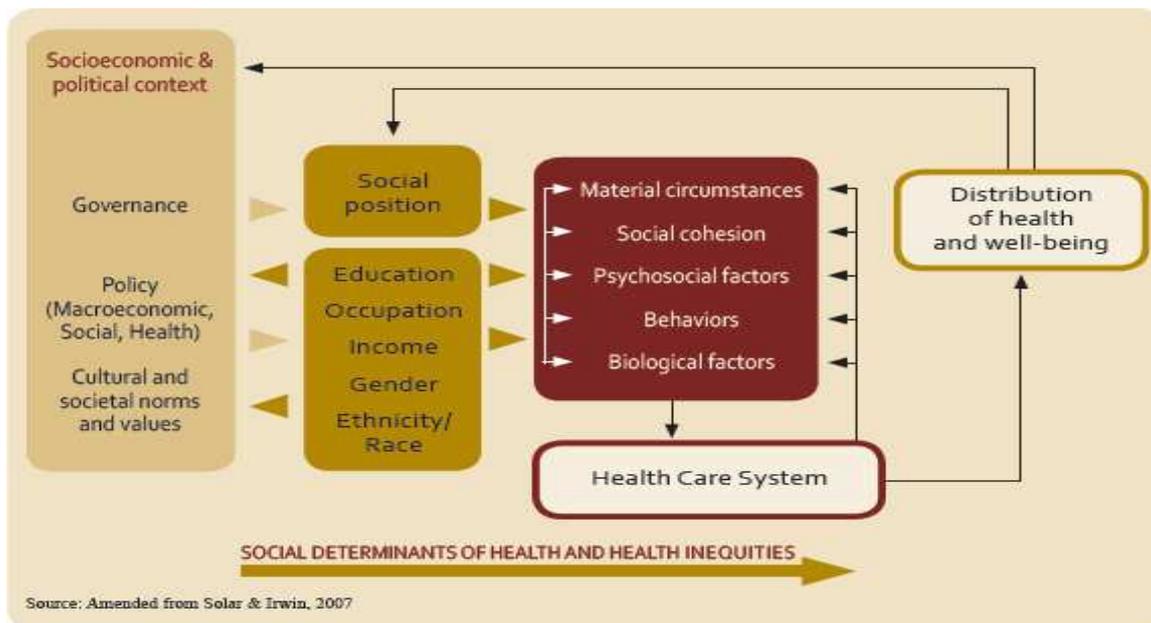
Secondo questa nuova concezione di salute, la persona è un sistema composto da un'unità biopsichica che interagisce costantemente con i sistemi esterni che compongono l'ambiente nel quale la persona trascorre porzioni della sua vita.

1.1 Una considerazione sui determinanti della salute

Se consideriamo la persona come un sistema composto da un'unità biopsichica che interagisce costantemente con i sistemi esterni e cioè il suo contesto di vita, quali sono i fattori che incidono sullo stato di salute/benessere di un individuo o di un'intera comunità?

Per rispondere al quesito si richiama il concetto di determinanti della salute, elaborato dalla omonima commissione dell'OMS, che descrive i determinanti come i fattori che influenzano lo stato di salute degli individui e delle comunità e sono coinvolti nella diseguale distribuzione della salute e del benessere all'interno della popolazione.

I determinanti della salute quindi sono fattori differenti che riguardano vari aspetti, dai comportamenti personali agli stili di vita, ai fattori sociali che possono essere di vantaggio o svantaggio; da condizioni di vita e di lavoro alla possibilità di accesso ai servizi socio-sanitari, agli aspetti culturali ed ambientali fino ad arrivare a fattori genetici.



La Commissione sui determinanti sociali della salute dell'OMS ha proposto un modello teorico di riferimento che sottolinea due aspetti: esistono fattori che influenzano lo stato di salute degli individui e delle comunità (determinanti della salute), ma anche fattori coinvolti nella diseguale distribuzione della salute all'interno della popolazione (determinanti delle disuguaglianze nella salute).

Per calare concretamente nella realtà quotidiana quanto espresso, si propone una situazione di vita reale in cui i diversi fattori e determinanti incidono sul benessere generale di un individuo.

Il sig. Mario Bianchi (i nomi riportati sono di pura fantasia) ha 87 anni pensionato al minimo, abita con la moglie Pierina di 85 anni in un piccolo appartamento di proprietà nelle periferie di un comune della Riviera del Brenta. Il sig. Mario è affetto da cardiopatia ischemica, diabete mellito di tipo 2 trattato con insulina terapia, pregressi esiti di fratture femorali sia dx che sx, affetto da una sindrome depressiva trattata con ansiolitici da due anni, da ormai cinque mesi soffre di sindrome ipocinetica, dovuta agli evidenti problemi di salute e al sovrappeso, di conseguenza ha frequenti trombosi agli arti inferiori. Il sig. Mario, viste le sue difficoltà motorie e fisiche, non è in grado di essere autonomo in nessuna delle attività del quotidiano, ha necessità che personale infermieristico vada presso il suo domicilio per esami diagnostici e per la cura delle piaghe che

con il tempo si sono formate ai talloni e al sacro, il medico di medicina generale, visto il precario stato di salute, ogni mese salvo necessità improvvise, lo visita a domicilio. Mario vive con la moglie, Pierina, affetta da decadimento cognitivo di grado moderato associato a disturbi comportamentali, seguita dal centro demenze dell'Ospedale, dopo un periodo di difficile gestione a domicilio a causa dei disturbi comportamentali (allucinazioni visive, olfattive, wondering), attualmente è allettata in stato catatonico con rigidità degli arti, che rende difficoltosa la sua cura quotidiana. L'unico familiare è il figlio Antonio, operaio, sposato con Anna operaia anch'ella, con due figli a carico ed un mutuo da pagare. Considerata la situazione dei genitori Antonio ha ritenuto importante avvalersi dell'aiuto di un'assistente familiare che però ha necessità di collaborazione continua vista la gravità delle condizioni dei due anziani. Antonio quindi spesso sta a casa da lavoro (attraverso permessi 104), sostituisce l'assistente familiare il sabato e domenica e l'aiuta durante alcune notti la settimana nelle quali i due anziani non dormono. Il figlio Antonio manifesta un forte stress che sta scivolando in burn-out, si rivolge all'Assistente Sociale del comune di residenza dei genitori per trovare un aiuto pratico e per cercare con l'operatore di condividere ansie e frustrazioni e definire dei percorsi assistenziali e di cura per i genitori più adeguati alla situazione: assegni di cura per non autosufficienti, attivazione di UVMD per inserimento temporaneo di sollievo in casa di riposo del padre, corsi di formazione per caregiver ed eventuale inserimento definitivo in casa di riposo della madre. Il figlio Antonio chiede l'attivazione di azioni coordinate che stabiliscano un progetto socio-sanitario unitario ed integrato capace di valutare e definire azioni di lavoro, strategie di interventi e modalità di collaborazione tra le diverse agenzie che si stanno occupando degli anziani (medico di medicina generale, infermiere del distretto socio-sanitario, geriatra dell'Unita Valutativa Geriatrica dell'ospedale, assistente familiare, assistente sociale del territorio e centri servizi per anziani).

L'evoluzione del concetto di benessere ha portato con sé una domanda improrogabile al mondo scientifico e cioè, quali sono i fattori che possono produrre un effettivo cambiamento nella qualità, nell'organizzazione e nell'erogazione dei servizi socio-sanitari, considerato che il sistema salute stesso è un determinante della disuguaglianza?

Secondo Gavino Maciocco, questi fattori sono riassumibili in :

1. **il ruolo dei pazienti**, in quanto attraverso processi di empowerment chiedono, e quindi ricercano attivamente, l'accesso diretto alle informazioni per acquisire le conoscenze e le abilità, necessarie per essere partner attivi nel processo assistenziale e partecipare alle decisioni riguardo la loro salute.
2. **la forte espansione di malattie croniche**; le strategie per affrontare queste particolari situazioni di cronicità sono diverse da quelle attuate per la malattie acute; richiedono un diverso ruolo delle cure primarie basato sulla medicina d'iniziativa⁷ e un'attenzione del tutto particolare nei confronti dei determinanti sociali della salute.
3. **le disuguaglianze nella salute**, oramai è chiaro che i miglioramenti nel benessere della popolazione in generale non possono essere raggiunti senza sforzi aggiuntivi per ridurre le iniquità sociali nella salute all'interno di un paese⁸.

⁷ si sottolinea in questa fase della programmazione socio-sanitaria il cambiamento da una "medicina di attesa" e cioè quella finora praticata dove si risponde ai problemi emergenti a richiesta del paziente ad "medicina di iniziativa", di promozione della salute, intesa come il passaggio da un'offerta passiva e non coordinata di servizi ad un sistema assistenziale integrato in cui ogni soggetto coinvolto possa svolgere il proprio ruolo senza sovrapposizioni, garantendo al paziente interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio.

⁸ G. Maciocco, *Politica, Salute e Sistemi Sanitari*, Il Pensiero Scientifico Editore, 2009.

2. CENNI ALLE DISPOSIZIONI LEGISLATIVE IN MATERIA SOCIO-SANITARIA CON PARTICOLARE ATTENZIONE AGLI STRUMENTI DI PROGRAMMAZIONE

“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività” (articolo 32 della Costituzione).

“Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali” (articolo 3 della Costituzione).

“I pubblici uffici sono organizzati secondo disposizioni di legge, in modo che siano assicurati il buon andamento e l'imparzialità dell'amministrazione” (articolo 97 comma 1 della Costituzione). Questi tre articoli della nostra Costituzione sono alla base del sistema di erogazione delle prestazioni socio-sanitarie in Italia.

Sul piano del riconoscimento, il “diritto alla tutela della salute” viene sancito con la legge n. 833 del 1978 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale.

“Il principio di tutela e diritto alla salute derivava e si inseriva nel filone di pensiero e nella cultura secondo cui la risposta ad un bisogno qualificante della dignità della persona, quello quindi della tutela della salute, dovesse essere responsabilità della persona stessa, ma fosse anche responsabilità comune e condivisa da una comunità socialmente e politicamente organizzata, concetto di welfare state”⁹.

Il principio di welfare state non deve essere considerato semplicisticamente nel “dare tutto a tutti”, ma consiste nell’affermazione che tutti i componenti di una determinata comunità devono avere la possibilità di trovare risposte adeguate a bisogni fondamentali, indipendentemente dalle loro condizioni sociali ed economiche.

Già dalla sua costituzione il SSN stabiliva la necessità di avvicinare i servizi al luogo di vita delle persone con una medicina primaria diffusa su tutto il territorio e organizzata in modo da essere connessa alla comunità locale. Tale sistema era legato ai principi prima espressi dalla Conferenza di Alma Ata

⁹ E. Borganovi, Linee evolutive nei trenta anni di Servizio Sanitario Nazionale, in Mecosan Management ed economia sanitaria n. 68 del 2008.

(1978), ed offriva un primo scenario di gestione integrata dei servizi sociali e sanitari.

Al fine di esercitare un controllo sulla spesa, la legge 833/1978 prevedeva espressamente la determinazione degli obiettivi della programmazione sanitaria fissando i livelli delle prestazioni sanitarie comunque garantite a tutti i cittadini. Venivano previste le Unità Sanitarie Locali, strutture territoriali con lo scopo di assicurare una capillare erogazione delle prestazioni socio-sanitarie previste nel Piano Sanitario Nazionale.

La legge infatti, prescriveva i medesimi ambiti territoriali tra Unità sanitaria e servizi sociali (art. 11), ne prevedeva la gestione da parte dei medesimi soggetti (i Comuni) e richiedeva il coordinamento e l'integrazione dei servizi delle USL con i servizi sociali già esistenti sul territorio (art. 14). Ogni Regione e i suoi Enti Locali svilupparono orientamenti organizzativi diversi, tanto da richiedere negli anni novanta la necessità di un riallineamento.

Il successivo Decreto Legislativo 502/1992 ha previsto la trasformazione delle USL in ASL, Aziende Sanitarie Locali, ponendo l'accento sulla necessità di una gestione di tipo aziendalistico della sanità pubblica. Da quel momento infatti le ex Unità Sanitarie Locali divengono aziende pubbliche con autonomia imprenditoriale, disciplinate da atto aziendale di diritto privato. Al loro interno vengono individuate strutture con autonomia gestionale e/o tecnico-professionale basate su una rendicontazione analitica. I criteri alla base del funzionamento delle ASL diventano l'efficacia, l'efficienza e l'economicità. Sembra un tentativo di attuare il principio di economia liebniziano "Il massimo risultato con il minimo sforzo" che ispirò uno dei padri fondatori del pensiero liberale, Hobbes.

Altre norme sono state il decreto legislativo 517/1993, che ha apportato delle modifiche al decreto 502/92 andando a completare il processo di riforma iniziato con esso e il D. Lgs. n. 229/1999, conosciuta come riforma ter o riforma Bindi, che ha introdotto la definizione dei LEA, definiti come *"i livelli essenziali ed uniformi di assistenza definiti dal piano sanitario nazionale nel rispetto dei principi di dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza"*

riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse"¹⁰.

Nel D.Lgs. n. 229 vengono definite prestazioni sociosanitarie "tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione". Le aree di bisogno individuate sono:

- materno-infantile
- anziani
- handicap
- dipendenze
- patologie in fase terminale
- inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative.

Emerge da questo breve excursus sulle leggi che il concetto di integrazione socio-sanitaria diventa sempre più evidente nelle disposizioni legislative tanto che vengono definiti anche i diversi tipi di prestazioni sanitarie, secondo una logica di percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona e la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione (ex-art. 3 septies, Integrazione sociosanitaria). Le prestazioni distinte in *sanitarie a rilevanza sociale* e *sociali a rilevanza sanitaria* pongono l'evidenziazione delle attività se intervengono rispettivamente nell'ambito sanitario (soggetti con *esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite*) o sociale (*persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute*). Poi sempre lo stesso articolo ne definisce le competenze, correlandole ai livelli essenziali di assistenza.

Anche la legge 8 novembre 2000 n. 328, legge di riforma dei servizi sociali, focalizza la sua attenzione sull'integrazione socio-sanitaria, in quanto rispetto alle legislazioni precedenti, cerca di stabilire le basi per una reale interconnessione tra ambiti sociali e ambiti sanitari. Il principio di riferimento che percorre la Legge quadro 328, è quello della sussidiarietà nelle sue due dimensioni: la sussidiarietà verticale e la sussidiarietà orizzontale. La

¹⁰ D.lgs 229/1999, art. 1 comma n. 2.

sussidiarietà verticale si prefigge, attraverso la sinergia di interventi strutturati, di facilitare l'integrazione tra i livelli di governo, grazie al riconoscimento del decentramento e alla regolamentazione dei poteri locali e centrali. La sussidiarietà orizzontale, suo contraltare, a livello locale integra ambiti differenti e complementari (sanità, assistenza, lavoro, educazione, ...) al fine di evitare sovrapposizioni di competenze, attraverso l'obbligo alla stesura congiunta di piani di zona tra enti pubblici e soggetti privati. Ecco dunque che per creare questa interconnessione la legge 328/2000 all'art. 19 individua come strumento strategico il Piano di Zona.¹¹ Si sottolinea la marcata ricerca attraverso la legge 328 di dare carattere universalistico al diritto all'assistenza tendendo al raggiungimento del benessere per tutti i cittadini, mediante l'individuazione di diritti universali. Si tratta di un nuovo concetto di benessere, che si riferisce ad uno star bene multidimensionale riportato nel capitolo precedente.

Il quadro generale di riferimento si va così delineando, anche con le accentuazioni che nel capitolo successivo vengono specificate.

2.1 Il decentramento fiscale, il ruolo delle Regioni

La legge costituzionale n. 3 del 2001, ha modificato il Titolo V, Capo II della Costituzione¹² e ha attribuito alle Regioni potestà legislativa primaria in materia socio-assistenziale, riservando allo Stato la competenza esclusiva per la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale. Ciò ha reso più complicato il cammino dell'integrazione socio-sanitaria.

¹¹ L. 328 del 2000, art. 19, recita “*i comuni associati, negli ambiti territoriali di cui all’art. 8, comma 3, lettera a, a tutela dei diritti della popolazione, d’intesa con le aziende sanitarie locali, provvedono nell’ambito delle risorse disponibili, ai sensi dell’articolo 4, per gli interventi sociali e socio-sanitari, secondo le indicazioni del piano regionale di cui all’articolo 18...*”

¹² L. Cost. n. 3/2001 – art. 3 “*...Sono materie di legislazione concorrente quelle relative a: rapporti internazionali e con l’Unione europea delle Regioni; commercio con l’estero; tutela e sicurezza del lavoro; istruzione, salva l’autonomia delle istituzioni scolastiche e con esclusione della istruzione e della formazione professionale; professioni; ricerca scientifica e tecnologica e sostegno all’innovazione per i settori produttivi; tutela della salute; alimentazione; ordinamento sportivo; protezione civile; governo del territorio; porti e aeroporti civili; grandi reti di trasporto e di navigazione; ordinamento della comunicazione; produzione, trasporto e distribuzione nazionale dell’energia; previdenza complementare e integrativa; armonizzazione dei bilanci pubblici e coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario; valorizzazione dei beni culturali e ambientali e promozione e organizzazione di attività culturali; casse di risparmio, casse rurali, aziende di credito a carattere regionale; enti di credito fondiario e agrario a carattere regionale*”.

Il decentramento (o federalismo fiscale) è caratterizzato da un'ampia e responsabilizzante autonomia finanziaria territoriale. Tale autonomia comporta una potenziale differenziazione regionale nel livello e nel contenuto delle prestazioni effettive dei servizi.

Le spinte strutturali al decentramento, sono così riassumibili¹³.

1. Il concetto di salute è talmente connaturato alla dimensione individuale (percezione e reazione a condizioni di malessere) e sociale della persona (usi, costumi, cultura, storia) da renderlo diverso in contesti anche molto vicini, in diverse aree di uno stesso paese. Soprattutto appaiono estremamente diversificati i modi in cui il concetto si traduce in bisogni di tutela della salute e della protezione sociale e ancor più differenziata appare la domanda di servizi;
2. a livello regionale può essere maggiormente “governabile” il processo di scelta delle priorità tra diversi bisogni:
 - a) sul piano conoscitivo una maggiore capacità di percepire i bisogni considerati più rilevanti riferiti ad una popolazione più numerosa;
 - b) sul piano interpretativo è più facile valutare se i bisogni, ma soprattutto le domande espresse, sono radicati nella cultura del territorio di riferimento o è l'effetto, a volte di breve periodo, determinato dalla società dell'informazione, dalla gestione strumentale dei problemi di salute da parte di forze economiche, politiche e sociali.
 - c) Sul piano del confronto sociale ancor prima che politico, attraverso forme di consultazione, confronto, capace di far emergere in modo più chiaro le reali priorità;
 - d) Sul piano specifico della politica sanitaria, poiché a livello regionale è più facile avere omogeneità.
3. A livello regionale è possibile, quindi, perseguire le “economie di prossimità”¹⁴, di “vicinanza al bisogno” che possono rendere più

¹³ E. Borgonovi, Il ruolo della Regione nel sistema di tutela della salute secondo il modello federalista, in *Mecosan – Management ed economia sanitaria*, n. 46, anno XII, pp. 2 – 3.

corto e veloce il processo di osservazione-analisi-valutazione-decisione relativo ai problemi sociali e di salute.

In questo elaborato si condivide l'idea di Borgonovi succitata, in merito alle strategie che le Regioni dovrebbero seguire per ristrutturare il loro sistema di offerta dei servizi sociosanitari.

1. “Mettere a punto un proprio “progetto di salute per il futuro”, definendo i bisogni da soddisfare, le priorità, la qualità dei servizi che si intendono garantire ed effettuare le necessarie analisi di fattibilità nel contesto locale in termini meno astratti, ideali o ideologici.
2. Adeguato investimento di energie (ed eventualmente di risorse economiche) per presentare tale progetto in tutte le sedi che hanno influenza sui comportamenti, associazione dei cittadini e pazienti, società scientifiche, ambiti culturali in cui si dibatte per il futuro della società.
3. Avere il coraggio di presentare il progetto per il futuro del sistema di tutela della salute e protezione sociale non solo nei suoi aspetti positivi desiderati, ma evidenziandone le criticità.
4. Mettere in evidenza tra le condizioni essenziali soprattutto il fatto che la tutela della salute e la protezione sociale oggi sono correlate ad elementi funzionali (come sono gestiti i servizi) e non ad elementi strutturali (il mantenimento di ospedali non funzionali, il mantenimento di posti-letto inutili...).
5. Proporre interventi finalizzati alla valorizzazione del personale, snellimento delle procedure, introduzione di sistemi di informazione e monitoraggio”¹⁵.

Il decentramento ha rappresentato però un momento di forte differenziazione di strategie di risposta e organizzazione dei servizi per rispondere ai bisogni delle comunità di riferimento ed ha portato con sé profondi squilibri e iniquità tra diverse regioni (considerate più o meno virtuose). I processi ri-organizzativi talvolta diretti da classi dirigenti e politiche poco lungimiranti, sono stati effettuati in solitudine senza la promozione di “spazi solidi

¹⁴ Si sottolinea in questo contesto la rilevanza del territorio quale luogo di attivazione, interazione ed integrazione delle svariate iniziative in esso radicate costituisce, oramai, un fondamento logico imprescindibile per qualsiasi strategia che intenda proporre.

¹⁵ Ivi, pp. 5 – 6

di confronto interregionali, sia istituzionali sia non istituzionali, nella logica del benchmarking¹⁶, del confronto propositivo¹⁷ tra diverse realtà che potesse dare stimoli critici e positivi al cambiamento.

2.2 Il Sistema Socio-Sanitario della Regione Veneto

La Regione Veneto si caratterizza per un'elevata integrazione socio-sanitaria avviata oltre 20 anni fa con lo scopo di garantire alla popolazione delle risposte complessive in termini di salute, al fine di migliorare la qualità delle stesse e soprattutto promuovere una cultura della salute patrimonio dell'intera comunità. Il distretto socio-sanitario rappresenta il luogo dove tale integrazione si realizza concretamente.

L'idea di integrare il sociale con il sanitario è stata l'opzione strategica fatta propria dal legislatore veneto in anticipo rispetto al legislatore statale. Con la legge regionale 15 dicembre 1982 n. 55, infatti, ha disciplinato la materia prevedendo che l'intervento nel settore dell'assistenza sociale fosse diretto a garantire al cittadino il libero sviluppo della personalità e la sua partecipazione alla vita della comunità, e avesse per fine la prevenzione e la progressiva riduzione del bisogno assistenziale concorrendo a rimuovere le cause di natura personale, familiare, sociale ed economica, attraverso un complesso di servizi sociali, coordinati e integrati sul territorio con i servizi sanitari e formativi di base e in armonia con gli altri servizi finalizzati allo sviluppo sociale, nonché attraverso prestazioni economiche.

Contemporaneamente la Regione riconosceva la funzione di utilità sociale del volontariato, ne promuoveva l'apporto e il coordinato utilizzo e garantiva la libertà dell'iniziativa privata, che operava per conseguire le medesime finalità cui si ispirava la legge 55/1982.

Nell'originario art. 5 di tale legge, la Regione Veneto, diversamente dalle altre regioni, ha previsto in coerenza con le proprie scelte di integrazione socio-sanitaria, che le Unità sanitarie locali, costituite in applicazione della legge 833/1978, assumessero la denominazione di Unità Locali Socio-Sanitarie e così ancora continuano a denominarsi in attuazione di quel disposto legislativo.

¹⁶ Metodologia di programmazione basata sul confronto di diverse realtà che permette alle amministrazioni di compararsi con le migliori esperienze in ottica di apprendimento e miglioramento.

¹⁷ U. De Ambrogio, "Che stagione ci aspetta per la programmazione?" in: U. De Ambrogio (a cura di), "Piani di Zona tra innovazione e fragilità", I Quid n. 1, 2008, p 21.

Un'ulteriore spinta propulsiva all' integrazione delle politiche sanitarie e sociali proviene dalla legge regionale 14 settembre 1994 n. 56, che sancisce il riordino del sistema socio-sanitario regionale sulla base delle disposizioni del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. Tale legge, in particolare, promuove la delega della gestione dei servizi sociali da parte dei Comuni alle unità locali socio -sanitarie, prevedendo anche specifici finanziamenti, secondo le modalità definite dal piano regionale socio-sanitario. Il principale strumento di integrazione, per tale finalità, è rappresentato dai Piani di Zona dei servizi alla persona elaborati ed approvati dal Sindaco, qualora l'ambito territoriale dell'Unità Locale Socio-Sanitaria coincida con quello del Comune o dalla Conferenza dei Sindaci. I contenuti del Piano di Zona costituiscono la base fondamentale sulla quale vengono stipulati gli accordi di programma tra gli enti interessati e decidono le deleghe da parte dei Comuni. L'Unità Locale Socio-Sanitaria recepisce i contenuti del Piano di Zona, all'interno del piano generale triennale, precisando, anche ai fini dell'individuazione degli oneri finanziari e, all'interno dei rispettivi livelli di assistenza, gli interventi di propria competenza nei servizi ad elevata integrazione socio-sanitaria.

Nell'ambito del distretto operano in modo coordinato le strutture pubbliche, private e del privato sociale accreditate che erogano servizi sanitari e socio-assistenziali per la realizzazione del Piano di Zona. In tal senso l'art. 22 della legge 56/94 afferma che « Il distretto è la struttura tecnico-funzionale mediante la quale l'unità locale socio-sanitaria assicura una risposta coordinata e continuativa ai bisogni della popolazione. Il distretto è centro di riferimento dei cittadini per tutti i servizi dell'unità locale socio-sanitaria, nonché polo unificante dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali a livello territoriale. L'integrazione viene attuata dal direttore generale attraverso il direttore dei servizi sociali che fornisce il supporto per l'elaborazione del piano di zona e che ne segue l'attuazione ». Il distretto socio-sanitario è quindi il luogo privilegiato dell'integrazione socio-sanitaria, rappresenta il contesto territoriale dove sono assicurati i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie.

Al distretto socio-sanitario vengono in particolare riconosciute le seguenti funzioni:

1. erogazione delle prestazioni di primo livello che devono essere erogate garantendo:
 - la ricomposizione del bisogno attorno alla persona;
 - la globalità dell'intervento;
 - il coinvolgimento della persona e dei gruppi nella gestione della propria salute;
2. conoscenza della realtà socio-ambientale del territorio di riferimento e in particolare dei fattori di rischio, funzione che permette al distretto di essere il fondamentale sensore dei bisogni della popolazione e momento di ricomposizione di tutte le informazioni provenienti dagli altri segmenti del sistema ULSS riguardanti la persona e i gruppi sociali;
3. sviluppo di attività informative-educative promozionali che facilitano il processo di coinvolgimento delle persone, dei gruppi e delle istituzioni.

Il distretto di base come segmento del sistema socio-sanitario locale è chiamato quindi a perseguire finalità di tutela della salute dei singoli e della comunità avendo come obiettivi generali l'equità delle prestazioni, l'accessibilità alle stesse, ai servizi, la globalità degli interventi sulla persona, anche in relazione al suo contesto ambientale e il coinvolgimento della comunità nella promozione della salute.

La legge regionale 13 aprile 2001 n. 11 «Conferimento di funzioni e compiti amministrativi alle autonomie locali in attuazione del decreto legislativo 31 marzo 1998 n. 112» al Titolo IV ossia servizi alla persona e alla comunità riafferma molti dei contenuti già sanciti con la precedente legge 56 del 1994 , tra cui:

- i compiti della Regione nel disciplinare la materia relativa alla tutela della salute, ai servizi sociali e all'integrazione socio-sanitaria ivi compresa l'individuazione delle funzioni di competenza regionale e di quelle da ripartire tra gli enti locali, le autonomie funzionali e le unità locali socio-sanitarie;
- il ruolo del piano socio-sanitario regionale quale strumento principe della programmazione socio-sanitaria regionale di cui sono strumenti attuativi il piano attuativo locale (Pal) proposto dal direttore generale previo parere della Conferenza dei Sindaci, che viene poi approvato dalla Regione, e i singoli programmi di intervento e i piani settoriali;

- le linee di sviluppo dell'azione di governo regionale nel settore socio-sanitario ossia: completamento del processo di regionalizzazione e aziendalizzazione; riassetto strutturale; rilancio delle politiche per la promozione della salute e prevenzione (nuovi stili di vita); riadeguamento finanziario; rilancio dell'integrazione socio-sanitaria e più complessivamente del ruolo regionale nel settore dei servizi sociali.

Dalle disposizioni normative citate si ricavano le principali caratteristiche del sistema regionale veneto che si possono riassumere in:

1. la programmazione regionale ha funzione di indirizzo del settore e persegue obiettivi di equità, universalità dell'accesso, riequilibrio solidale nonché efficienza ed efficacia;
2. la programmazione è il regolatore dell'integrazione dei servizi e viene negoziata tra i livelli del sistema (Regione, ULSS e Aziende Ospedaliere, Comuni);
3. l'attuazione del principio di accreditamento rappresenta il regolatore del sistema di erogazione e si coniuga, nel metodo e negli strumenti, con gli obiettivi di efficienza, efficacia ed economicità nonché con gli obiettivi di qualità del sistema tracciati dalla programmazione regionale;
4. l'ULSS svolge funzione di coordinamento degli erogatori socio-sanitari, all'interno di vincoli quali-quantitativi regionali.

Le linee indicate dalla Regione Veneto puntano sulla reingegnerizzazione dei processi e dei prodotti, con la gradualità richiesta dal cambiamento di sottosistemi organizzativi complessi che, nonostante la rilevanza del capitale strumentale investito, si fondano in prevalenza sul fattore umano. I criteri di fondo su cui dunque si basano le scelte strategiche regionali sono:

- la coerenza con gli obiettivi di salute;
- la capacità di garantire i diritti e i livelli essenziali di assistenza;
- la capacità di cogliere le opportunità dell'innovazione;
- la coerenza con il quadro organizzativo e con le risorse disponibili;
- la capacità di concorrere al perseguimento della qualità del sistema.

3. L'ATTUALE CONTESTO SOCIO – SANITARIO NELLA REGIONE VENETO

3.1 I cambiamenti demografici ed epidemiologici nel Veneto

Di seguito si riportano i dati raccolti dal SER-VENETO (Sistema Epidemiologico Regione del Veneto) nel rapporto “popolazione, condizioni di salute e ricorso ai servizi socio-sanitari”¹⁸ uscito nel novembre 2010 a supporto del Piano Socio-Sanitario Regionale.

Attraverso l'esposizione dei dati, si intende offrire una panoramica attuale dello scenario sociale della Regione Veneto e dei suoi cambiamenti strutturali che sono la base conoscitiva imprescindibile per affrontare un percorso di programmazione sociale teso alla riorganizzazione e al ridisegno di un nuovo modello di welfare locale.

La Regione Veneto è la quinta regione italiana in termini di numerosità di popolazione, essa infatti conta quasi 4.900.000 abitanti. Le province con maggior densità di popolazione sono 5: Padova, Treviso, Venezia, Verona e Vicenza, ciascuna delle quali ha una popolazione compresa tra gli 800.000 e 900.000 abitanti; in coda le altre due province di Rovigo e Belluno che raggiungono una popolazione massima di circa 200.000 abitanti (vedi tabella 1).

Il sistema sanitario veneto conta alla data del 31.12.2009, 2 Az. Ospedaliere, 21 Aziende Ulss con un totale di 59 Distretti Socio-Sanitari i quali hanno un bacino medio di utenza di 82.806 abitanti.

Tabella 1. Popolazione per provincia e sesso. Veneto 1° gennaio 2009. Fonte: ISTAT

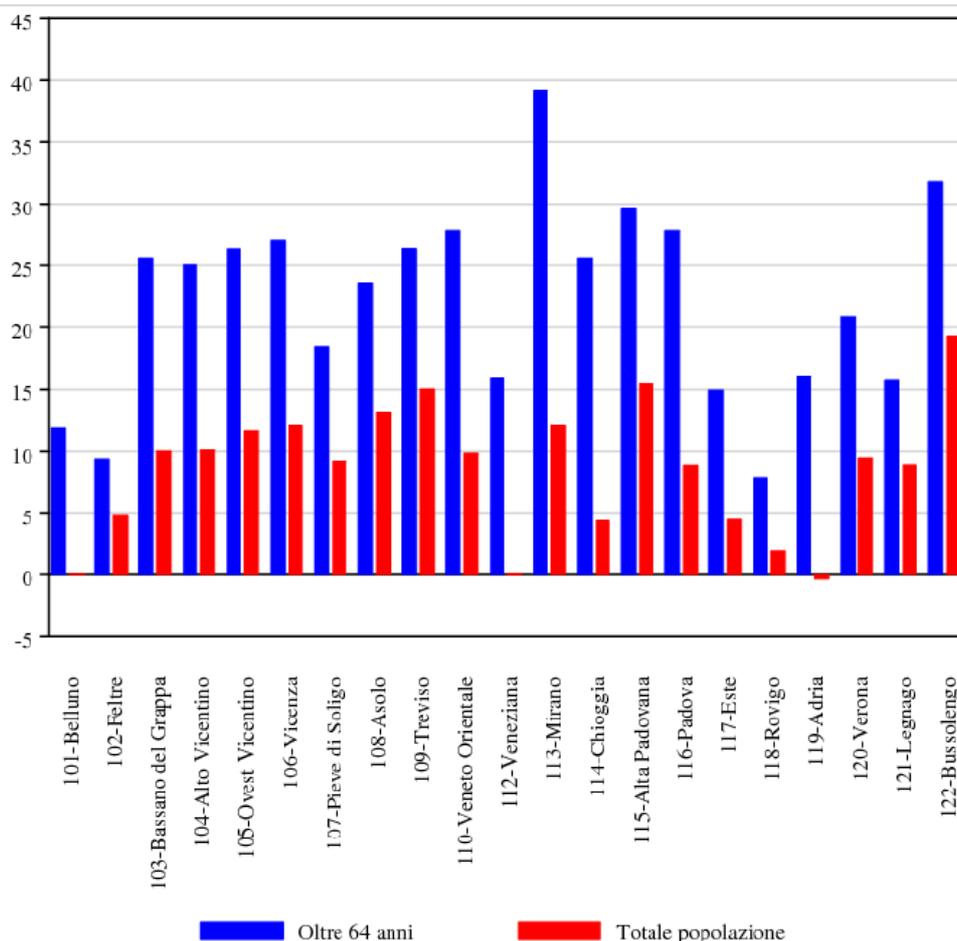
	Maschi	Femmine	Totale
Belluno	103.066	110.960	214.026
Padova	449.702	471.201	920.903
Rovigo	119.979	127.185	247.164
Treviso	433.536	445.872	879.408
Venezia	414.600	439.187	853.787
Vicenza	425.702	436.066	861.768
Verona	446.078	462.414	908.492
Totale	2.392.663	2.492.885	4.885.48

¹⁸ Dal sito www.ser-veneto.it

La Regione Veneto segue i trend demografici europei e nazionali, caratteristica fondamentale infatti, è l'invecchiamento, causato sia dal calo delle nascite sia dall'allungamento della vita media. L'indice del 2008 di speranza di vita alla nascita è di poco più di 79 anni per gli uomini e di poco più di 85 anni per le donne (contro i 73 e i quasi 81 anni rispettivamente nel 1990). Questo aumento di anni di vita vissuti in più, non significa sistematicamente che vengano vissuti in buone condizioni di salute.

La struttura demografica regionale si caratterizza, pertanto, per un crescente numero di anziani in costante aumento negli ultimi 15 anni rispetto a tutte le fasce di età, ma con un incremento più consistente per la classe degli ultra 85enni. Si restringe invece la quota di adulti in età lavorativa e sono pochi i giovani a rappresentare il ricambio generazionale. Il numero di persone con età uguale o superiore ai 65 anni nel 2009 era di 960.577, pari al 20% della popolazione veneta (41% di essi erano maschi e il restante 59% donne).

Grafico n. 1 – Tasso di incremento della popolazione anziana e tasso di incremento della popolazione generale (per 1000 ab.) per Az. Ulss di residenza. Veneto periodo dal 1999 – 2009. Fonte ISTAT



La componente anziana, considerata dalla letteratura in condizioni di “fragilità” e più esposta al rischio di patologie croniche, quella cioè costretta a ricorrere maggiormente ai servizi sociosanitari, è quella degli ultra 75enni, che rappresenta il 9,4% della popolazione residente (valore di poco inferiore a quello dell'intero Paese). Tali indici sottolineano che il carico degli interventi sociali e sanitari graviterà con molta probabilità su questo target di persone.

L'invecchiamento della popolazione, la propensione dei giovani a rimandare la separazione dalla famiglia d'origine e l'instabilità coniugale, incidono sull'assetto della struttura familiare. Nel Veneto aumenta il numero delle persone che vivono sole e delle coppie senza figli.

Nel 2008 il numero medio di componenti per famiglia era di 2,5 a fronte dei 3,3 di trent'anni fa; oltre una famiglia su quattro era costituita da una sola persona (in quasi metà dei casi il componente aveva più di 64 anni); il 60% dei nuclei familiari aveva almeno un figlio; il 33% era senza figli; le famiglie allargate non superavano il 5,5%; il 61% degli uomini e il 48,3% delle donne di età compresa tra i 18 e i 34 anni viveva nelle famiglie di origine (con percentuali inferiori a quelle del resto d'Italia, ma ben superiori alla media europea).

Il fenomeno immigratorio nel Veneto è in forte espansione. Gli stranieri residenti nel Veneto al 01.01.2009 erano circa il 9,3% del totale degli abitanti e la previsione è di raggiungere nel 2020 la quota di 800.000 abitanti e quindi oltre il 15% della popolazione. Il fenomeno è legato ad alcuni disagi sociali (povertà, esclusione sociale, microcriminalità) connessi alla difficoltà di integrazione e nuove forme di marginalità per quei cittadini stranieri non regolari (anche possedere il permesso di soggiorno a volte non basta per parlare di tutela dei diritti) ma, dall'altro, ha portato per il Veneto ad un innalzamento del tasso di natalità, i nati di origine straniera nella regione toccano il 30% delle nascite totali. L'incremento continuo delle nascite, conferma il processo di radicamento della popolazione immigrata, cambia di conseguenza la rappresentazione sociale secondo cui gli immigrati sono prevalentemente uomini soli in cerca di lavoro, ma diventa bensì immigrazione di nuclei familiari.

tabella n. 2 – Nati per 1000 abitanti e percentuale di nati stranieri per Az. Ulss di residenza. Anno 2008. Fonte ISTAT

Az. Ulss	Nati su 1000 abitanti	% nati stranieri su 1000 abitanti
1 – Belluno	8,15	9,6
2 – Feltre	8,95	16,4
3 – Bassano	10,54	17,7
4 – Alto Vicentino	10,52	20,9
5 – Ovest Vicentino	11,13	32,8
6 – Vicenza	10,48	22,4
7- Pieve di Soligo	9,88	24,7
8 – Asolo	11,11	24,9
9 – Treviso	10,91	20,5
10 – San Donà di Piave	9,43	16,5
12 – Veneziana	7,88	19,0
13 – Mirano	10,40	12,1
14 – Chioggia	9,13	14,7
15 – Alta Padovana	11,27	21,6
16 – Padova	9,50	21,2
17 – Este	9,12	16,4
18 –Rovigo	8,45	23,5
19 – Adria	7,08	8,3
20 – Verona	10,10	25,7
21 – Legnano	10,87	23,8
22 – Bussolengo	11,15	17,4
VENETO	10,01	20,7

La modificazione della struttura per età della popolazione comporta un marcato effetto sui rapporti intergenerazionali e di solidarietà interna familiare, infatti nonostante la famiglia, rimanga il perno e la risorsa del sistema sociale manifesta sempre di più seri limiti nell'assistenza al paziente cronico, come dimostra la previsione del *caregiver ratio* (rapporto tra il numero di anziani ultra 80enni ed il numero di donne fra 50 e 64 anni che rappresentano convenzionalmente i familiari che prestano l'assistenza). Questo rapporto è destinato a ridursi dal valore attuale di 1,5 (quasi due *caregiver* familiari ogni tre ultra 80enni) a un valore stimato per il 2025 di 0,7 (poco più di mezzo *caregiver* ogni anziano). È anche necessario sottolineare, che in base agli odierni modelli di vita e di lavoro, (lavoro interinale, a progetto, a turni, a chiamata...), nonostante alcuni miglioramenti introdotti da politiche mirate negli ultimi anni, le donne continuano ad avere difficoltà nella conciliazione del tempo da dedicare al lavoro e del tempo da dedicare alla cura della famiglia. La coabitazione quindi non garantisce più la possibilità di prendersi cura dei soggetti fragili della famiglia in termini di tempo, dedizione e prestazioni, per cui si rende necessario l'attivazione di altre forme di sostegno esterno alla famiglia stessa. Non solo, è necessario ricordare che le recenti disposizioni in materia pensionistica innalzano l'età pensionabile per uomini e donne, ciò probabilmente porterà alla modificazioni dei rapporti di solidarietà interna familiare, le donne infatti, che continuano ad essere le protagoniste nei ruoli di cura e gestione del familiare

non autosufficiente, saranno costrette a scegliere tra lavoro o assistenza allo stesso.

Tabella n. 3 – Indicatori strutturali della popolazione residente. Az. Ulss, Veneto, Italia 1° gennaio 2009.

Fonte ISTAT

	Popolazione 65 anni e più	Popolazione 65 anni e più (%)	Indice di dipendenza strutturale	Indice di dipendenza anziani	Indice di vecchiaia	Età media
1-Belluno	29.339	22,7	54,2	35,0	181,6	44,9
2-Feltre	18.857	22,3	54,2	34,4	173,2	44,5
3-Bassano del Grappa	32.526	18,2	50,8	27,5	117,6	41,3
4-Alto Vicentino	35.509	19,0	52,1	28,9	124,3	41,8
5-Ovest Vicentino	31.669	17,6	50,1	26,4	111,7	40,8
6-Vicenza	58.589	18,5	50,3	27,8	124,0	41,7
7-Pieve di Soligo	44.875	20,6	53,6	31,6	143,9	43,0
8-Asolo	42.257	16,9	49,1	25,3	106,0	40,5
9-Treviso	75.817	18,4	49,9	27,6	123,4	41,8
10-S.Donà di Piave	42.429	19,8	50,0	29,7	147,1	43,0
12-Veneziana	76.732	25,1	58,7	39,8	210,1	46,1
13-Mirano	48.311	18,3	47,4	26,9	131,3	42,3
14-Chioggia	25.600	19,1	47,5	28,2	146,0	42,8
15-Alta Padovana	41.781	16,7	48,0	24,7	106,1	40,4
16-Padova	87.035	20,8	51,5	31,5	157,7	43,6
17-Este	37.803	20,4	50,5	30,8	156,0	43,4
18-Rovigo	39.214	22,4	51,1	33,9	196,7	45,1
19-Adria	17.048	22,8	50,4	34,2	211,5	45,3
20-Verona	96.097	20,4	52,9	31,2	144,0	42,7
21-Legnago	30.191	19,7	50,4	29,6	142,1	42,5
22-Bussolengo	48.898	17,2	48,8	25,6	110,3	40,9
Italia	12.085.158	20,1	51,9	30,6	143,4	42,6
Veneto	960.577	19,7	51,0	29,7	139,2	42,6

I dati socio-demografici fin qui presentati servono per delineare il quadro sociale della Regione Veneto dove sempre di più si identificano forme di *impoverimento dei ceti medi e fragilizzazione dei percorsi assistenziali*¹⁹, che evidenziano sempre più situazioni di vulnerabilità sociale e socio-economica, che possono portare a rischio di povertà futura. Il rischio di povertà e l'insicurezza sono diventate le condizioni di “nuova normalità” per l'individuo, che non trova più adeguate risposte ai suoi bisogni assistenziali nei modelli di welfare centrati sulla protezione del lavoratore tipico (di sistema fordista). Tale sottolineatura si rende necessaria in quanto le nuove strategie programmatiche di medio e lungo termine dovranno riconfigurare un sistema di protezione sociale in grado di fronteggiare proprio queste nuove fragilità e vulnerabilità.

Oltre all'analisi dei dati socio-demografici si rende utile riportare alcuni dati epidemiologici che hanno l'intento di accertare quali siano i bisogni assistenziali

¹⁹ La teorizzazione di questi fenomeni è tratta dal lavoro di Brandolini A., Saraceno C., Schizzerotto A. (a cura di), Dimensioni della disuguaglianza in Italia: povertà, salute, abitazione, Il Mulino, Bologna 2009.

più pressanti per la popolazione veneta. I dati che si riportano descrivono le condizioni di salute della popolazione di riferimento in quanto sono elementi che condizionano il bisogno sanitario e la conseguente domanda di salute. Tutto ciò è fondamentale ai fini di un'adeguata pianificazione e programmazione socio-sanitaria.

Analizzando la situazione edipemiologica si nota l'impatto dei principali gruppi di malattie che colpiscono la popolazione veneta, l'analisi epidemiologica permette di delineare quali target di persone più di altre saranno il fulcro degli interventi futuri di welfare e cioè gli anziani affetti da polipatologia cronica invalidante, le persone con disabilità congenita o acquisita o psichica:

- l'incremento delle patologie neoplastiche è in costante aumento in relazione all'aumento dell'età, e quindi sicuramente il numero di affetti da tumore andrà ad innalzarsi con conseguente carico assistenziale per la gestione dei pazienti terminali;
- l'Infarto Acuto del Miocardio è per eccellenza una delle urgenze mediche che richiede tempestività e organizzazione nella gestione. Nel 2009 si sono contati circa 6.500 episodi di IMA ospedalizzati in Veneto;
- le malattie cerebrovascolari acute, sono molto diffuse e interessano particolarmente a causa delle conseguenze sullo stato di salute dei pazienti, in termini di continuità di cure socio-assistenziali. Nel 2009 si sono accertati oltre 9.000 episodi di ictus ospedalizzati nei residenti del Veneto;
- lo scompenso cardiaco, patologia diffusa nella popolazione veneta è la seconda causa di ospedalizzazione, la prima rimane il parto. Nel 2009 si sono registrati 22.906 ricoveri per scompenso cardiaco con maggior incremento nella fascia d'età ultra 85enne;
- le broncopneumopatie croniche ostruttive, colpiscono in prevalenza le persone anziane e sono la ragione dell'elevato numero di mortalità e ospedalizzazione proprio per questo target, nel 2009 si contano circa 20.000 persone affette da BPCO;
- Il diabete mellito, patologia di forte impatto sullo stato di salute e per la domanda di assistenza sanitaria, conta la registrazione nel 2009 di oltre 193.000 esenzioni ticket;

- Il disagio mentale, in continuo aumento rappresenta una delle aree più problematiche dal punto di vista assistenziale e di integrazione, nel 2009 i pazienti seguiti dagli ospedali o dai CSM sono stati 69.810.

Tale evoluzione demografica ed epidemiologica mette a duro sforzo la tenuta dei nostri sistemi locali di welfare e richiede l'analisi critica e alcune riflessioni sulle principali problematiche generali con cui i sistemi di welfare attualmente devono fare i conti.

3.2 I fattori di crisi e le problematiche socio-economiche da affrontare

Dai dati è possibile rilevare alcune problematiche di fondo del sistema di welfare Veneto ascrivibili però al sistema nazionale di welfare. Tra i fattori di rischio che accrescono la crisi del sistema di protezione si individuano cinque macro fattori:

1. il trend di sviluppo demografico nel quale si evidenzia marcatamente l'aumento dell'invecchiamento della popolazione. Tale indice è stato reso possibile dalla diminuzione delle nascite, basti pensare che nel Veneto le nascite sono "garantite" dalle famiglie immigrate, e dal miglioramento nei campi scientifico-tecnologici in medicina e diagnostica. Il progresso medico assicura nel più dei casi la sopravvivenza, ma spesso non la completa guarigione da malattie che in precedenza potevano essere mortali, ciò comporta l'aumento del numero di soggetti che richiedono cure continue e complesse per lunghi periodi di vita. Da sottolineare anche l'evoluzione del concetto di benessere e del modo di percepirlo da parte della società. I fattori sin qui esposti avranno ripercussioni sul nostro sistema di welfare in quanto si realizzerà l'aumento della richiesta di assistenza sanitaria e sociale e l'aumento delle richieste di domande di pensione, questo inevitabilmente vedrà un conseguente incremento degli oneri finanziari riferiti a questi fattori da sostenere attraverso il prelievo fiscale dai lavoratori attivi che sono in costante diminuzione.
2. La trasformazione dei rapporti familiari. Assistiamo alla graduale destrutturazione del tradizionale sistema di protezione sociale, rappresentato dalla famiglia e dagli altri strumenti tipici di socializzazione.

Il Piano Socio-Sanitario Veneto e le nuove linee guida per la predisposizione dei Piani di Zona individuano la famiglia come una risorsa da sostenere. L'invecchiamento, il calo di natalità, e la minor stabilità dei nuclei familiari a causa di separazioni e divorzi hanno portato ad una modificazione strutturale del sistema familiare (nuclei monogenitoriali o persone sole spesso anziane), essa non rappresenta più l'ammortizzatore sociale centrale per il nostro welfare e non è più protettiva. Si realizza in questo modo minor sicurezza sul piano economico e la diffusione di nuovi fenomeni di isolamento ed emarginazione. È necessario quindi che le politiche socio-sanitarie e le azioni siano indirizzate a un effettivo sostegno di questo luogo privilegiato di sviluppo di valore sociale. Il Piano Socio-Sanitario e il Piano di Zona hanno gli obiettivi generali di sostegno nel compito educativo dei figli e di interventi a sostegno della genitorialità, lo sviluppo di politiche associate a servizi per la conciliazione lavoro-famiglia e sostegno nel lavoro di cura per i soggetti fragili della famiglia.

3. Il rallentamento della crescita della produttività. Correlato al fenomeno della disoccupazione strutturale, che investe fortemente anche l'area Veneta basata su imprese familiari che oggi vivono forti difficoltà economiche (dovute alle crisi dei mercati finanziari e ai fenomeni avversi della globalizzazione), ha portato trasformazioni radicali nella struttura occupazionale (fine di posti di lavoro a tempo indeterminato a favore di posti di lavoro precari). Queste trasformazioni hanno prodotto ripercussioni forti sulle scelte di vita, sulla dimensione familiare (vedi i progetti di vita rinviati), e sulla dimensione formativa e professionale. Tutto ciò ha portato il Veneto attraverso la ridefinizione dei CPI²⁰ e ad alcuni indirizzi generali in materia, a dare forte rilievo nella programmazione socio-sanitaria e di zona alla creazione di politiche attive per l'occupazione, la formazione e il re-inserimento lavorativo.
4. La crescita del livello e della complessità degli stimoli negli ambienti relazionali e personali, che inducono sollecitazioni e stress, incompatibili

²⁰ Centro per l'Impiego di competenza provinciale, hanno l'obiettivo di collegare la domanda e l'offerta di lavoro, orientare a percorsi di formazione o scelte d'impiego, favorire l'inserimento lavorativo delle persone con svantaggio sociale, diffondere informazioni e servizi sul territorio di competenza, svolgono consulenza per le aziende in materia di norme e agevolazioni per l'inserimento lavorativo.

con le capacità individuali di adattamento che determinano stati di disagio e di malessere psico-sociale, specialmente nei più giovani e negli anziani che ha fortemente aumentato la possibilità di soffrire di malattie psichiatriche.

5. La crescita della spesa pubblica. Da oltre vent'anni sull'agenda della politica sociale ed economica c'è la riforma del sistema pensionistico. Tale importanza deriva dai volumi assunti dalla spesa pubblica per pensioni che oramai raggiunge il 15% del PIL nazionale, dall'andamento dei trend demografici (aumento indice di vecchiaia e di speranza di vita) e dalla complessa situazione della finanza pubblica (il debito pubblico raggiunge ormai il 110% del PIL nazionale). La riforma del sistema previdenziale e il controllo dei costi correlato si ritiene necessario al fine del riequilibrio del nostro sistema di protezione. Si sottolinea, infatti, che attraverso il sistema previdenziale, che è una via di redistribuzione del reddito, si vincola la possibilità di sviluppo di prestazioni e servizi assistenziali e si condiziona la distribuzione delle risorse a discapito di servizi e prestazioni sociali e sanitarie. La situazione vive una particolare contraddizione, di fronte all'avanzamento della crisi economica si nota un costante aumento delle richieste di assistenza (come riportato in precedenza: nascita di nuovi stati di vulnerabilità e fragilità sociale) e a causa dei tagli alla spesa pubblica si riducono le capacità di fronteggiamento di queste richieste. Si assiste perciò ad un costante arretramento dello Stato dal sostegno del sistema di welfare territoriale con considerevoli tagli alle risorse nazionali, tale arretramento non esiste invece per quanto riguarda il finanziamento del sistema previdenziale che continua invece a essere sostenuto considerevolmente. A sostegno di queste considerazioni si riportano i dati complessivi dei fondi statali a carattere sociale riconosciuti negli ultimi anni:

tabella n. 4 – Importi complessivi fondi statali a carattere sociale (milioni di euro). Fonte PSS n.9/2012.

	2009	2010	2011	2012
Fondo nazionale politiche sociali	583,9	453,3	275	70
Fondo per le politiche della famiglia	186	185,3	52,5	32
Fondo per la non autosufficienza	400	400	0	0
Fondo per le politiche giovanili	79,8	94,1	32,9	8

Per comprendere il carico futuro per il sostegno del sistema pensionistico è interessante osservare alcune proiezioni di spesa elaborate dalla Ragioneria di Stato, esposte nella seguente tabella:

tabella n. 5 – Spesa pubblica per pensioni, sanità, assistenza agli anziani, istruzione e indennità di disoccupazione in % PIL (2005 – 2060). Fonte RGS 2011

	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	2055	2060
Spesa totale:	47,9	50,6	48,7	47,2	45,3	43,9	43,3	42,7	41,9	40,6	38,6	36,3
di cui spesa age-related	26,0	28,4	28,0	27,6	27,2	27,3	28,1	28,9	29,5	29,5	29,0	28,4
Spesa pensionistica	13,9	15,3	15,6	15,2	14,8	14,8	15,3	15,8	16,0	15,7	15,0	14,4
Spesa sanitaria	6,7	7,3	6,9	7,0	7,2	7,4	7,6	7,8	8,0	8,1	8,2	8,2
Di cui: componente long term care	0,8	0,9	0,8	0,8	0,8	0,9	0,9	1,0	1,1	1,1	1,2	1,2
Spesa per assistenza anziani	0,8	1,0	1,0	1,1	1,1	1,1	1,2	1,3	1,4	1,5	1,6	1,7
Spesa per istruzione	4,2	4,1	3,9	3,8	3,6	3,5	3,5	3,5	3,6	3,7	3,7	3,6
Spesa per indennità di disoccupazione	0,4	0,7	0,6	0,6	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5

Le cronache riportano che in Italia il 12,8% degli over 65enni versa in condizioni di povertà e la percentuale sale per gli over 75enni fino a toccare il 15,2%, oltre a ciò si delinea una discriminazione di genere visto che le donne over 65 in condizioni di povertà (16,1%) è quasi il doppio degli uomini (8,1%). A fronte dei dati sopra esposti è possibile affermare l'errata considerazione secondo cui spesso si evidenziano i costi dei servizi alla persona, sia sanitari che assistenziali, come fonte e causa della crisi finanziaria e economica del nostro sistema di welfare, puntando su questo per giustificare le

razionalizzazioni, le ri-organizzazioni e la riduzione delle risorse finalizzate a ai servizi alla persona.

Considerato quanto sopra espresso che ruolo svolge attualmente l'attività programmatica dei sistemi di welfare territoriali vista la costante incertezza e instabilità delle risorse a loro destinate in questa fase di cambiamento?

A tale quesito si può rispondere analizzando le nuove strategie di fronteggiamento messe in atto dagli enti locali per far fronte alla crisi e riportate anche all'interno dei due strumenti programmatici che si analizzeranno nei capitoli successivi. Dall'analisi degli strumenti di programmazione, Piano di Zona e Piano Socio-Sanitario, colpiscono alcune terminologie che definiscono i tre ambiti strategici di fronteggiamento scelti dalla Regione Veneto:

1. **Programmazione e razionalizzazione.** Nell'attuale contesto il legislatore regionale sceglie di regolare l'accesso ai servizi offerti attraverso processi di razionalizzazione dell'offerta degli stessi e la riduzione del numero degli interventi erogati alla cittadinanza attraverso valutazioni di efficacia, vedasi quindi le riduzioni di posti letto per acuzie, l'individuazione di DRG a rischio di inappropriatazza, la riduzione delle tariffe per il privato sociale, l'individuazione di costi standard dei LEP. Nella razionalizzazione si assiste a chiusura di servizi ritenuti inappropriati e l'introduzione di sistemi di compartecipazione alla spesa dei servizi da parte dei cittadini (estensione del pagamento dei ticket alle prestazioni offerte, introduzione ISEE per la definizione della compartecipazione per i servizi alla persona offerta dagli enti territoriali).
2. **Potenziamento e rilancio del lavoro di rete.** Il Piano di Zona come si vedrà nei capitoli successivi ha il ruolo fondamentale di creatore di nuove sinergie e collaborazioni con i diversi soggetti del territorio siano essi pubblici che privati, con lo scopo di rispondere in maniera non frammentata alle nuove vulnerabilità sociali.
3. **Sviluppo e consolidamento dei processi di integrazione.** Riguardo all'integrazione si individuano diverse accezioni: integrazione tra sfera sociale e sfera sanitaria con il superamento di logiche a volte in antitesi tra loro, e integrazione tra diverse politiche

(sociali, del lavoro, della casa, di promozione...). Il Piano di Zona e il Piano Socio-Sanitario devono assumere una visione di programmazione strategica ancora più necessaria rispetto al passato, la programmazione concertata tra diverse politiche, in considerazione proprio della riduzione delle risorse destinante al welfare, richiede uno sforzo teso al superamento di logiche tradizionalmente separate che stimola lo sviluppo nei soggetti programmatori di nuove capacità di negoziazione e ideazione tra diversi ambiti.

Si sottolinea a questo proposito la rilevanza dell'attività programmatoria come mezzo per arrivare ad un ripensamento generale del sistema di welfare, considerato come fonte rinnovabile per la generazione di altro welfare, per evitare il protrarsi di iniquità e disuguaglianze.

Tra le varie idee di riforma del welfare la più conforme a questo elaborato di tesi e la proposta del "pluralismo societario"²¹. Lo Stato non può rimanere l'unico depositario della funzione di scelta e produzione di politica sociale, bensì tutti i portatori d'interesse di una comunità devono concorrere ad esso, attraverso creazioni di reti formali e informali che hanno lo scopo di creare un "welfare societario", compito dello Stato diventa quindi regolare i rapporti tra i diversi portatori d'interesse.

Da questa nuova logica si ridefinisce il limite della responsabilità del pubblico nella direzione dei processi di scelta strategica e nella programmazione, aprendo sempre di più l'orizzonte alla collaborazione sia nelle decisioni che nella gestione delle politiche con il privato (for profit e non profit).

Da questo possibile cambiamento, riprende forza e importanza il contesto del welfare locale, di territorio, della comunità nel quale la collaborazione e l'attivazione di processi di integrazione tra cittadini o categorie di cittadini e ente locale, attraverso strumenti operativi come Piani di Zona, si producono politiche più rispondenti al bisogno reale del territorio (esempi di

²¹ P. Donati (a cura di), *Ripensare il welfare*, Franco Angeli ed, Milano, 1998.

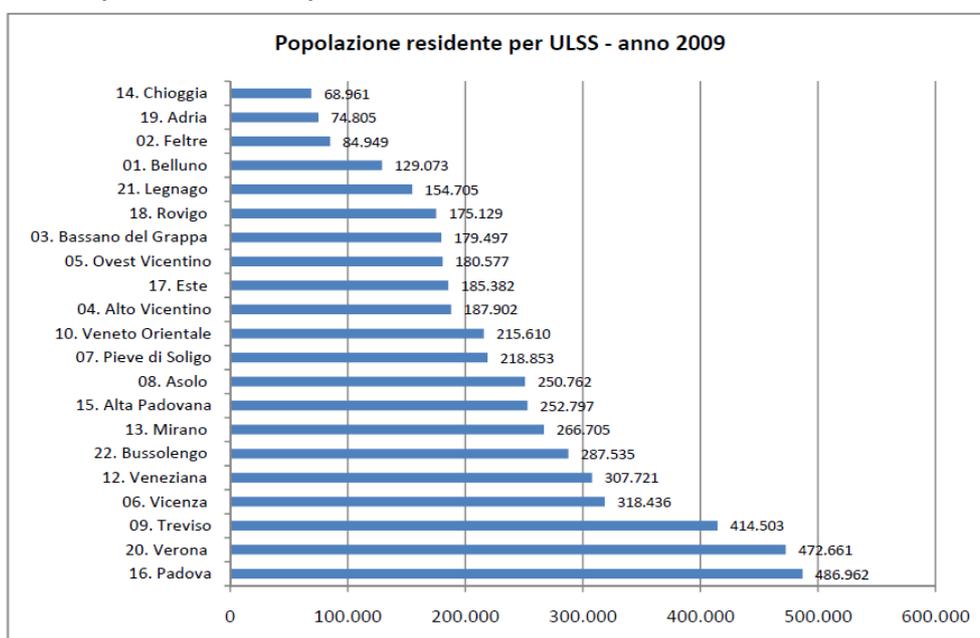
politiche che più di altre si offrono alla programmazione locale sono l'assistenza, il lavoro, la casa, la salute).

4. IL PIANO SOCIO-SANITARIO E IL SUO DISEGNO DI SVILUPPO E DI PROSPETTIVA

Il 29 giugno 2012 con L.R. n. 23 il Consiglio Regionale del Veneto ha approvato le “Norme in materia di programmazione socio-sanitaria e approvazione del Piano Socio-Sanitario Regionale 2012 – 2016”. L’approvazione arriva a distanza di 14 anni dal precedente PSSR 1996 – 1998, prorogato nella sua validità fino all’attuazione delle nuove direttive; l’obiettivo dell’approvazione del provvedimento è stato preceduto da non poche polemiche e dibattimenti con l’opinione pubblica che più volte è stata interessata nel lavoro di consultazione effettuato dalla V Commissione consiliare, che ha portato alla redazione di un Piano che sviluppa importanti novità in campo socio-sanitario.

Il Piano passa da una validità triennale (il precedente era 1996 – 1998) ad una validità quinquennale (2012 – 2016), il cambiamento è stato effettuato in quanto il legislatore regionale in maniera simile al Piano di Zona ha definito un arco temporale medio, con momenti di verifica annuali. Gli obiettivi e le relative azioni per perseguirli, sono quindi oggetto annuale di verifica dei risultati (con cadenza 30 giugno di ogni anno) in modo da mirare a strategie di cambiamento più rispondenti alla realtà sociale. La L.R. n. 23 definisce come ambito territoriale ottimale al raggiungimento di migliori performance gestionali e assistenziali quello del bacino di utenza delle Az. Ulss compreso tra 200.000 e 300.000 abitanti, salvo particolari specificità territoriali (zone montane, lagunari).

Grafico n. 2 – Popolazione residente per Az. Ulss – Fonte ARSS Veneto. anno 2009



Il Direttore Generale dell'Az. Ulss, diventa con la nuova legge il Direttore Generale alla sanità e al sociale al quale compete il compito del raggiungimento degli obiettivi socio-sanitari di programmazione, indirizzo e controllo, impartiti dalla Regione Veneto e il compito di coordinamento e collaborazione con le strutture e i soggetti che con diverso ruolo concorrono al sistema integrato dei servizi.

Il Direttore Generale della Sanità e al Sociale verrà coadiuvato nell'espletazione del suo incarico dal Direttore dei Servizi Sociali e della funzione territoriale, che egli stesso nominerà con provvedimento motivato previo parere della Conferenza dei Sindaci.

Nelle definizioni dei due ruoli, il legislatore regionale utilizza termini che riportano alle due logiche della dimensione della cura e del prendersi cura, tali figure incardinate nell'Az. Ulss ricoprono importanti funzioni in ambito più territoriale e per definizione più vicino alla comunità, ruolo che però da sempre è stato ricoperto dai Comuni.

Altra novità introdotta dalla normativa sono la creazione di schede di dotazione ospedaliera contestuali a schede di dotazione territoriale dei servizi e strutture di ricovero intermedie, tali schede sono (come ricorda anche nell'intervista il Consigliere Sinigaglia) un'assoluta novità per il territorio Veneto, ma anche a livello nazionale ed hanno lo scopo di indicare il numero di posti letto in dotazione, le unità operative, il setting se ordinario, diurno o ambulatoriale e per quanto riguarda quelle territoriali la distribuzione delle strutture sul territorio e la loro accessibilità da parte dei cittadini. Tale strumentazione aiuterà nella programmazione e nella definizione regionale dell'allocazione delle risorse disponibili e costituirà un criterio di pesatura dei costi per la determinazione dei finanziamenti.

Nel Piano Socio Sanitario viene sottolineato con enfasi l'importanza dello strumento di programmazione Piano di Zona che deve essere definito in coerenza con gli indirizzi programmatori regionali (si noti infatti che le nuove linee guida per la predisposizione dei Piani di Zona impongono ai fini della loro approvazione il visto di congruità regionale altrimenti non hanno validità). Il processo di programmazione e elaborazione del Piano di Zona è supportato dal Direttore dei Servizi sociali e della funzione territoriale che ne segue l'attuazione attraverso il suo ruolo privilegiato di raccordo tra Az. Ulss, Conferenza dei

Sindaci (soggetti titolari del Piano di Zona) e soggetti del territorio che partecipano alla realizzazione dei servizi socio-sanitari.

Le nuove norme di indirizzo del Piano Socio-sanitario richiamano alcune azioni strategiche già individuate a livello nazionale attraverso il Patto per la salute 2010 – 2012 sottoscritto tra Governo e Regioni il 3 dicembre 2009, che cercano di effettuare un monitoraggio sistematico dei fattori di spesa tra le quali si evidenziano:

- la riduzione dei posti letto per acuzie da 4,5 a 4 per mille abitanti, di cui lo 0,7 per mille da indirizzare a lungodegenza e riabilitazione;
- l'individuazione di 108 DRG a rischio di inappropriatazza e di 24 DRG da trasferire da Day surgery a regime ambulatoriale;
- la riduzione delle tariffe per il privato accreditato

Un fondamentale passaggio, grazie al federalismo fiscale, è stato effettuato in materia di finanziamento. Si passerà gradualmente da un criterio di spesa storica ad un criterio di costo standard. Nell'individuazione del costo standard dei LEP (livelli essenziali delle prestazioni) verranno distinti gli elementi strutturali e oggettivi che concorrono alla definizione di un servizio o prestazione in condizioni ottimali di efficienza. Al fine di realizzare degli standard ottimali è necessario che la definizione dei LEP nazionali sia il più adeguata e precisa possibile, e che vengano identificati corretti strumenti di governance di questo nuovo sistema. La Regione Veneto mira a costruire e applicare il criterio dei costi standard attraverso modelli di benchmarking in via di definizione che saranno parametrati sulle performance delle Az. Ulss più virtuose dal punto di vista gestionale ed economico (Asolo, Treviso e Vicenza).

Secondo quanto fin qui riportato, la Regione interverrà nella programmazione socio-sanitaria per raggiungere gli obiettivi citati attraverso:

- il potenziamento e il consolidamento dell'assistenza territoriale, puntando sulla presa in carico integrata del paziente e sulla continuità della filiera dell'assistenza;
- la riorganizzazione degli ospedali esistenti secondo criteri di omogeneità qualitativa e quantitativa e secondo equità di risorse e di accessibilità;
- secondo logiche di rete, creando sinergie e implementando la collaborazione tra ospedale e territorio in cui nel primo viene seguito il

paziente in fase acuta e il secondo ha il compito di gestire le cronicità e la ripresa dell'autonomia;

- l'implementazione di strategie di integrazione professionale degli interventi;
- la ricerca in ogni ambito dell'appropriatezza clinica e organizzativa (soprattutto in ambito prescrittivo e di distribuzione delle risorse).

Di seguito si analizzerà in modo schematico l'impianto organizzativo e il modello programmatico del nuovo PSSR.

I principi per la costruzione della programmazione socio-sanitaria sono:

- Universalità nell'accesso all'offerta dei servizi socio-sanitari, rispetto alla popolazione residente nel territorio della Regione Veneto;
- Equità, ovvero opportunità di accedere alle prestazioni in modo omogeneo a tutti nella garanzia di uniformità di erogazione sul territorio e in relazione alle risorse disponibili;
- Umanizzazione del sistema dell'assistenza;
- Integrazione socio-sanitaria.

I principi di universalità e equità si scontrano con l'attuale contesto socio-economico, per questo è necessario considerare nel processo programmatico alcuni criteri di sostenibilità del sistema quali, sostenibilità economica e quindi l'uso appropriato delle risorse disponibili, sostenibilità sociale attraverso processi di empowerment che stimolino la corresponsabilizzazione dei pazienti e della comunità nei processi di cura, sostenibilità professionale attraverso acquisizione e ampia condivisione da parte di tutti gli operatori che compongono il sistema socio-sanitario di politiche generali, obiettivi e azioni per perseguire risultati di cambiamento ottimali.

Il principio di umanizzazione pone al centro la logica della centralità della persona, della sua dignità personale, e segue i mutamenti culturali in ambito medico-sanitario avuti negli ultimi vent'anni. Il rapporto con il cittadino sarà il risultato prima di tutto di una relazione umana nella quale il cittadino sarà corresponsabile del suo processo di aiuto all'interno dei diversi servizi offerti. Importante nodo sono i processi di coinvolgimento e partecipazione alla programmazione delle realtà del terzo settore impegnate ad offrire risposte

innovative a bisogni socio-sanitari. Il legislatore definisce il piano Socio-sanitario un “patto con una comunità locale competente e partecipe” che ha l’obiettivo di operare con tutti i soggetti portatori di interesse della comunità per la garanzia dei LEA e LIVEAS attivando nuove forme di partnership, per far ciò il Piano riconosce al Piano di Zona la titolarità di strumento attuativo e programmatico.

Il principio di integrazione socio-sanitaria si sostanzia a più livelli, quello istituzionale attraverso “patti per la salute” sottoscritti da i diversi attori che hanno titolarità nel Piano (regione attraverso le Az. Ulss e Conferenze dei Sindaci), quello gestionale attraverso modalità organizzative che sviluppino i principi e le scelte fin ora presentate (la tendenza regionale è quello della delega alle Az. Ulss delle funzioni in materia sociale e socio-sanitaria) e quello professionale attraverso strumenti professionali multidimensionali e intersettoriali per una presa in carico globale della persona con difficoltà (UVMD, individuazione del case manager, e creazione di team assistenziali).

Tale integrazione è realizzata attraverso l’individuazione di un accordo di programma con il quale viene approvato il piano di zona, così come evidenziato incisivamente dal Piano Socio-Sanitario.

Si definiscono di seguito i tre macro obiettivi che il Piano punterà a sviluppare secondo una logica di rete:

1. il rafforzamento dell’**assistenza territoriale**, rinforzando il ruolo del Distretto Socio-Sanitario quale luogo privilegiato per l’integrazione socio-sanitaria, definendo forme associative di medicina di base e riorganizzando l’assistenza extraospedaliera delle strutture intermedia per la gestione della cronicità o della ripresa dell’autonomia;
2. la **razionalizzazione degli ospedali** con l’espansione di modelli organizzativi ospedalieri *Hub & Spoke* nell’orma di esperienze già sperimentate in territorio nazionale ed internazionale e creando i collegamenti attraverso reti cliniche definite in base al bisogno.
3. creare una **rete circolare dell’assistenza** che sia in grado di garantire continuità dei percorsi attraverso l’integrazione di differenti competenze e funzioni.

L’**assistenza territoriale** si realizza attraverso:

– il consolidamento del ruolo del Distretto “forte”, che è la base innovativa su cui punta lo sviluppo del Piano Socio-Sanitario. Il Distretto viene considerato centro di riferimento per l’accesso ai servizi offerti dal sistema socio-sanitario territoriale, è la sede di gestione e coordinamento di tali servizi, eroga l’assistenza primaria di base (*primary health care*) attraverso l’integrazione delle componenti sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali del territorio, è l’articolazione organizzativa e funzionale dell’Az. Ulss che riesce ad assicurare i processi assistenziali alla persona attraverso l’apporto di diversi soggetti del Servizio Sanitario, dei Comuni e delle realtà locali. Il nuovo Piano riduce le figure dei Direttori di Distretto, infatti identifica una sola figura sotto il profilo direzionale e quindi più distretti avranno un unico Direttore di Distretto che sarà responsabile:

- della funzione di direzione e indirizzo di tutte le attività dei diversi distretti afferenti al suo ambito territoriale;
- del perseguimento degli obiettivi di budget negoziati in sede di contrattazione con la Direzione Generale secondo le risorse assegnate.

A differenza dell’esistente, dove ogni Distretto ha le proprie unità operative di assistenza territoriale, il nuovo Piano prevedrà la formazione di cinque unità operative che si articoleranno in maniera trasversale su tutti i distretti: l’Unità Operativa Complessa di Cure Primarie, l’Unità Operativa infanzia e adolescenza, l’Unità operativa semplice disabilità, l’Unità operativa per le cure palliative e l’Unità operativa per le attività specialistiche. Questa riorganizzazione se da un lato creerà forse maggior attesa nella presa in carico delle situazioni di bisogno permetterà però al contempo di assicurare omogeneità di trattamento in tutto il territorio dell’Az. Ulss.

I modelli organizzativi professionali della gestione integrata di percorsi assistenziali individualizzati, sono quelli già conosciuti e realizzati nel territorio (UVMD), e quindi l’organizzazione di team multiprofessionali composti da professionisti sanitari e sociali (MMG, geriatra, infermiere, assistente sociale, fisioterapista, operatore socio-sanitario...) organizzate su una chiara definizione dei ruoli e competenze che

concordano azioni e verifiche e implementano appositi Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) per aree omogenee e simili di bisogno. Di particolare importanza in questo contesto multiprofessionale è la definizione del case manager (figura mutuata dalle esperienze di social work anglosassone) che segue, gestisce e coordina gli interventi con i diversi soggetti in maniera responsabilizzante con il paziente.

Per implementare la presa in carico della cronicità da parte del territorio il Piano diffonde il modello della Medicina di Gruppo Integrata che aveva già avviato in alcune esperienze precedenti al piano stesso. Per far ciò amplia l'orario di apertura degli studi medici, individua dei team multiprofessionali collocati in una sede di riferimento che raccolga MMG, infermieri, ambulatori con possibilità della presenza di medici specialisti e possibilità diagnostiche, tale strutturazione dovrebbe riuscire a rispondere ai bisogni assistenziali della cronicità nell'arco delle 24 ore anche attraverso le forme di collaborazione con le strutture intermedie. Questa modalità organizzativa, che ricalca le esperienze della Regione Toscana con le "case della salute" non è priva di ostacoli nell'attuazione, primo tra i quali la ridefinizione e omogeneizzazione dei patti aziendali con la medicina convenzionata. Oltre a ciò, non di poco conto è l'identificazione del punto fisico per la realizzazione delle Medicine di Gruppo Integrate che richiede un accordo e sostegno da parte dei Comuni o di altre istituzioni sia pubbliche che private che mettano a disposizione luoghi nelle quali collocarle.

Altro nodo di sviluppo e consolidamento delle attività di assistenza nel territorio è l'assistenza alla cronicità o alla ripresa dell'autonomia attraverso forme intermedie di degenza offerte da strutture intermedie, come ospedali di Comunità o Unità riabilitative territoriali²².

²² **L'ospedale di Comunità** dovrà avere minimo 15 posti letto e sarà dedicato a malati cronici che necessitano di controlli periodici, a persone che nel post-acuzie necessitano di terapie non erogabili a domicilio, a malati che necessitano di cure palliative. Ricovero di breve durata di circa 30 gg., l'accesso verrà definito attraverso UVMD sia dal domicilio che da reparto ospedaliero. A garantire l'assistenza nelle 24 h ci sarà personale infermieristico, operatori socio sanitari, medici di continuità assistenziale e MMG. **L'Unità Riabilitativa Territoriale (URT)** scopo principale è quello della riabilitazione globale dell'autonomia psico-fisica per un recupero mirato al rientro a domicilio. La durata media del ricovero è di massimo 60 gg., per la degenza verrà chiesta una compartecipazione alla spesa da parte del paziente

L'assistenza intermedia è prefigurabile in ricoveri temporanei per quelle situazioni in cui il rientro a casa dell'assistito con interventi domiciliari non è sufficiente a garantire l'adeguata assistenza (si pensi alle fratture di femore, o esiti di ictus) ma in cui l'ospedalizzazione o l'istituzionalizzazione risulta comunque una risposta inappropriata e dispendiosa.

La razionalizzazione degli ospedali

È necessario sottolineare alcune criticità rispetto all'attuale organizzazione ospedaliera. Esistono ancora trattamenti inappropriati di presa in carico di patologie croniche che vengono spesso trattate in più riprese dall'ospedale, sviluppando così interventi frammentati e non continuativi rispetto alla presa in carico del paziente. L'ospedale ancor oggi vive maggiormente la dimensione intra e interospedaliera nella cura del paziente considerando residuale l'apporto che il territorio può fornire creando così percorsi assistenziali limitati e settoriali. È vero anche che il territorio ancora oggi non riesce a rispondere in maniera tempestiva alle richieste di trattamento delle cronicità in quanto deve sviluppare metodologie di raccordo e informazione con l'ospedale e strutture intermedie atte a garantire tale continuità assistenziale (tale questione è riportata dallo stesso Dr. Cestroni nell'intervista). In alcune aree territoriali non esistono ancora protocolli su dimissioni protette e il tutto è lasciato alle prassi e ai buoni propositi costruiti dai singoli operatori socio-sanitari nel territorio, la riorganizzazione quindi oltre che ad una razionalizzazione nelle risorse e delle strutture dovrebbe rispondere ad una richiesta di nuova integrazione tra comunicazione e informazione tra struttura ospedaliera e territorio.

Il nuovo modello organizzativo disposto dal Piano Socio-Sanitario è il modello *Hub & Spoke*, contraddistinto dalla concentrazione dell'assistenza a elevata complessità in centri di eccellenza (centri *hub*), supportati da una rete di servizi (centri *spoke*), che si occupa di selezionare i pazienti e quindi inviarli ai centri di eccellenza nel caso di particolari gravità clinico-assistenziali.

I due centri d'eccellenza individuati sono l'Az. Ospedaliera di Padova e l'Az. Ospedaliera di Verona, i presidi *spoke* invece vengono definiti attraverso

relativa alla quota alberghiera. L'assistenza è garantita nelle 24h da infermieri, oss e personale medico. Anche se servizio territoriale la sede fisica dell'URT potrà identificarsi nei Centri Servizio del territorio.

l'individuazione di un bacino di utenza di circa 200.000 abitanti e devono avere come dotazione minima il Pronto Soccorso, e alcune specialità di base e di media complessità (chirurgia generale, oncologia, cardiologia, pediatria,...) e servizi di diagnosi e cura (laboratorio, radiologia, dialisi..). Tali servizi sono garantiti attraverso la rete con i centri *Hub*.

Il presidio ospedaliero, tralasciando il numero di sedi, sarà diretto da un unico Direttore Medico nominato dal Direttore Generale, e avrà tra i suoi diversi compiti, quello di garantire la continuità dell'assistenza con il territorio.

La connessione tra centri d'eccellenza (*hub*) e presidi periferici (*spoke*) nella gestione dei pazienti è garantita dalla creazione di reti cliniche integrate stabilite in base alla patologia predominante o al carico assistenziale.

La Regione Veneto individua nove reti cliniche: emergenza – urgenza, rete clinica dei trapianti, rete di riabilitazione, rete delle malattie rare, rete oncologica, rete oncologica pediatrica, rete della terapia del dolore, rete del diabete mellito e rete per l'alzheimer.

Il modello proposto è già stato sviluppato con importanti risultati in termini di efficienza ed efficacia clinica e di allocazione delle risorse nelle esperienze della Regione Lombardia, nella Regione Toscana e nella Regione Emilia Romagna, che sono state prese come modelli di riferimento in termini di performance di sistema.

La **rete circolare dell'assistenza** si realizza attraverso:

il miglioramento delle reti di presa in carico sanitarie e sociali a tutti i livelli (territoriali, ospedalieri) che garantisca risposte tempestive e appropriate al disagio riconosciuto. L'implementazione globale delle reti di presa in carico del paziente deve garantire la continuità delle cure rispettando il principio fin qui esposto per il quale all'ospedale spetta la gestione delle acuzie e al territorio la cronicità e la ripresa dell'autonomia.

L'integrazione socio-sanitaria passa attraverso lo strumento Piano di Zona come più volte sottolineato. Il Piano Socio – Sanitario riconosce allo strumento Piano di Zona il suo valore fondante di costruzione del sistema di welfare veneto negli ultimi quindici anni, rilevando la capacità fondamentale di coniugazione e integrazione tra strategie politiche e azioni rivolte

all'integrazione socio-sanitaria considerandola non solo integrazione az. Ulss e Comuni ma nel suo significato più generale, integrazione socio-sanitaria come azione del sociale e quindi espressione della società civile e integrazione tra differenti sistemi formali di assistenza (abitativa, educazione, ...).

I contenuti del Piano di Zona costituiscono la base dell'accordo di programma nel quale verranno stabilite le deleghe da parte dei Comuni, che continueranno a mantenere però la titolarità e responsabilità delle funzioni, della gestione dei servizi sociali alle Az. Ulss. Anche nel Piano Socio – Sanitario come in parte della legislazione regionale, si promuove la delega delle funzioni sociali alle Az. Ulss con le ragioni di razionalizzazione e uniformità di erogazione dei servizi. Questa strategia è la base del modello veneto di sviluppo del Welfare locale, è necessario però che i Comuni che hanno provveduto o intendono delegare le funzioni non vivano tale scelta come esproprio di competenze, ma attraverso la funzione di controllo e responsabilità, valutino con oculatazza gli interventi e le azioni proposte dall'Az. Ulss.

Nel capitolo seguente si delinea il processo di trasformazione legislativo nella materia dei Piani di Zona e si analizzeranno le nuove disposizioni regionali.

5. L'ATTIVITA' DI PROGRAMMAZIONE DEL PIANO DI ZONA

Non è possibile parlare di Piano di Zona senza citare la Legge 328/2000, la “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali”, che nell’art. 19²³ lo ha introdotto a pieno titolo come strumento necessario per l’integrazione dei servizi sociali e sanitari di un determinato ambito territoriale.

Il Piano di Zona può essere definito come lo strumento di programmazione del sistema dei servizi sociali e socio-sanitari a livello territoriale, che ha come fine generale quello di promuovere lo sviluppo integrato dei servizi sociali e socio-sanitari e di coordinare il sistema dei servizi stessi in armonia con le risorse disponibili. Esso si configura come strumento di programmazione sociale per eccellenza e persegue due fondamentali obiettivi:

- definire e favorire il governo dell’integrazione socio-sanitaria;
- stimolare e promuovere nuove forme di programmazione sociale innovative, nelle quali si intreccino strategie di protezione e strategie di promozione per le aree di bisogno individuate dalla stessa L. 328/2000.

Il testo di legge designa come protagonista centrale della programmazione di zona l’Ente Comune e più in particolare l’insieme dei Comuni di un determinato ambito territoriale. Il ruolo attribuito al Comitato o Conferenza dei Sindaci di questo ambito territoriale sarà quello di concertare la programmazione, creare sinergia con l’Az. Ulss seguendo una logica di integrazione operativa, stimolare la partecipazione di altri attori del territorio, sia di natura pubblica che privata, che svolgono attività in ambito sociale e sanitario nel territorio di riferimento.

Lo spirito della legge 328 riconduce al principio di universalismo enucleato nei capitoli introduttivi di quest’elaborato, non inteso però con l’eccezione di “dare tutto a tutti” ma adattato alla esigenza di razionalizzazione delle risorse modificandolo in un “universalismo sostenibile” (Zamagni 1998) che riesca a garantire l’essenziale a tutti.

²³ L’art. 19 definisce il Piano di Zona come “lo strumento per programmare, in maniera partecipata e condivisa, la riorganizzazione, lo sviluppo e la messa in rete del sistema degli interventi e servizi sociali, partendo dai bisogni, dalle istanze, dalle risorse e dalle potenzialità del territorio, in un’ottica di integrazione tra soggetti pubblici, del privato sociale e delle varie espressioni organizzate della comunità”.

L'allargamento dei soggetti che vengono coinvolti nella pianificazione di zona, crea maggior complessità nell'azione di programmazione e progettazione ai fini della realizzazione dello strumento stesso, richiede all'ente pubblico (Comune) di evadere da una logica di *governament* per sviluppare invece una logica di *governance*²⁴. Questo è un importante passaggio non solo perché si realizza il principio di "sussidiarietà orizzontale" ma anche perché attraverso il Piano di Zona l'ente locale costruisce un nuovo consenso tra i diversi attori coinvolti nella programmazione per la realizzazione di un sistema di welfare comunitario condiviso.

L'Azienda sanitaria è uno dei soggetti maggiormente coinvolti nella programmazione zonale e il suo ruolo è diverso a seconda dello modello di governo adottato dal legislatore regionale. Essa può essere considerata soggetto alla pari al tavolo di progettazione del Piano rispetto alla definizione dei servizi a integrazione socio-sanitaria, oppure può avere mandato dalla Regione di controllo e accertamento dei requisiti e delle prescrizioni regionali. In questa seconda eccezione (sposata dalla Regione del Veneto) i Comuni si sentono più legati e limitati nelle scelte e la programmazione di zona dovrà tener conto di possibili tensioni tra i due diversi attori.

Come riportato prima in materia di integrazione socio-sanitaria la Regione Veneto è stata tra le prime a realizzare una politica territoriale dei servizi sociali a forte valenza di integrazione socio-sanitaria tramite la L.R. 64/75 "Costruzione dei consorzi per la gestione unitaria dei servizi sociali di interesse locale: Unità locali dei servizi sociali".

Il Piano di Zona, realizza le finalità e gli obiettivi definiti nel Piano Sociale Regionale in alcune aree ritenute strategiche, con riferimento alle esigenze e a bisogni locali.

Dopo la riforma del titolo V della Costituzione le Regioni hanno maggiore potere discrezionale nel definire e garantire i livelli essenziali di assistenza definiti a livello centrale dallo Stato nazionale per la sanità, nell'organizzare i servizi e nell'individuare strumenti e modelli per i servizi sociali.

²⁴ Con il termine *governament* ci si riferisce alle attività di governo stabilite in maniera gerarchica e basate sul principio d'autorità definito a livello centrale statale. Con il termine *governance* si identifica il processo di definizione dei bisogni e delle soluzioni per farvi fronte attraverso azioni collettive tra soggetti della comunità sociale e istituzione pubblica.

Di particolare rilevanza in materia socio-sanitaria per la successiva realizzazione dei Piani di Zona è la L.R. 15 dicembre 1982, n. 55: “Norme per l’esercizio delle funzioni in materia di assistenza sociale” attraverso questa legge vengono suddivisi gli interventi in ambito sociale, definendo le competenze dei singoli Comuni e delle Unità Locali Socio Sanitarie. Successivamente la Legge Regionale 14 settembre 1994, n. 56: “Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del D.Lgs. 502/92” ha predisposto una definizione dei Piani, e ha previsto programmi di intervento di area specifica a tutela della salute: materno-infantile ed età evolutiva, anziani, tossicodipendenze e alcolismo, salute mentale e handicap.

La legge n. 56 ribadisce che alla Regione spetta il ruolo di coordinare e stimolare l’integrazione delle politiche sanitarie e sociali, attraverso anche la connessione delle attività svolte da soggetti pubblici e privati. I Comuni, espressione della comunità locale, partecipano al processo di programmazione socio-sanitaria regionale. La legge n. 56 sancisce che, quando l’ambito territoriale di una Unità Locale Socio Sanitaria comprenda più Comuni, venga costituita la Conferenza dei Sindaci, con il compito di stabilire le linee di indirizzo programmatiche delle attività dell’U.L.S.S. e di provvedere alla elaborazione del Piano di Zona dei Servizi Sociali.

Con la Legge Regionale n. 5 del 3 febbraio 1996, viene approvato il “Piano Socio-Sanitario regionale per il triennio 1996/1998” nel quale vengono individuati gli obiettivi, definiti i criteri, parametri e standard di riferimento per l’organizzazione e lo svolgimento delle attività sociali e sanitarie, determinando le modalità della loro integrazione e precisando i rapporti istituzionali con gli Enti Locali, e inoltre le risorse per garantire livelli uniformi di assistenza sul territorio regionale.

Con la successiva L.R. n. 11 del 2001 “Conferimento di funzioni e compiti amministrativi alle autonomie locali in attuazione del D.Lgs. 31 marzo 1998” viene sancito che Comuni e Province, secondo il principio di sussidiarietà, elaborino, realizzino e gestiscano la rete dei servizi sociali. In accordo con la legislazione precedente la L.R. 11/2001, sottolinea però il ruolo centrale delle Az. Ulss nel territorio in tema di pianificazione locale (considerandola quasi ente strumentale regionale) che persegue l’obiettivo dell’integrazione sociosanitaria,

per realizzare ciò definisce il Piano di Zona come “lo strumento primario di attuazione della rete dei servizi sociali e dell’integrazione sociosanitaria”.

La prima normativa in ambito specifico di Piano di zona la Regione Veneto l’approva attraverso D.G.R. n. 2865/97 “Schema tipo di Piano di Zona (documento di linee guida per l’attività di pianificazione in materia sociale)” e successivamente con D.G.R. n. 1764/04 approva le “Linee Guida per la predisposizione dei Piani di Zona”.

A seguito delle deliberazioni specifiche appena riportate nel 2010 la Regione Veneto decide di portare delle innovazioni e modificazioni alle precedenti linee guida per la predisposizione del Piano di Zona. La Deliberazione n. 157 del 26 gennaio 2010 approva formalmente le nuove linee guida e successivamente la Deliberazione n. 2082 del 3 agosto 2010 dispone le indicazioni per la stesura del documento “Piano di Zona 2011-2015”.

Il nuovo impianto normativo nasce dalla collaborazione tra il confronto della Direzione dei Servizi Sociali Regionali con alcuni direttori dei Servizi Sociali di Az. Ulss Regionali e con dei Dirigenti dei Servizi Sociali dei Comuni Capoluogo della Regione. Questa fase di elaborazione non ha visto la partecipazione di alcun membro di rappresentanza politica o della società civile, benché entrambi, la rappresentanza politica attraverso l’esecutivo della Conferenza dei Sindaci e le realtà associative come espressione della comunità del territorio, costituiscano gli attori vitali nell’elaborazione dei Piani di Zona.

Attraverso le nuove disposizioni la Regione Veneto esplicita l’intento di rendere lo strumento programmatico ancora più centrale rispetto alla definizione degli ambiti di integrazione socio-sanitaria. Il legislatore regionale individua alcuni aspetti innovativi nello sviluppo del processo di integrazione a diversi livelli, istituzionale, tra diversi soggetti che a diverso titolo concorrono alla realizzazione del sistema di Welfare locale e sono:

- rispetto alle finalità, il piano di zona viene delineato come uno specifico strumento di programmazione locale delle politiche sociali e socio-sanitarie, sviluppato in conformità alle linee di indirizzo regionali. Per questa ragione il Piano di Zona raccoglie tutti gli interventi sociali e socio-sanitari, pubblici e privati, a tutti i livelli territoriali siano essi comunali, sovracomunali, distrettuali o dell’ambito territoriale dell’intera az. Ulss, in quanto viene ribadito che l’ambito territoriale di programmazione si

identifica con l'ambito territoriale dell'Az. Ulss. Questa sottolineatura ancora una volta chiarisce l'importante attribuzione di potere decisionale e di responsabilità programmatica data dalla Regione alle Az. Ulss.

Questa scelta strategica di accentramento del ruolo, non solo nella definizione degli indirizzi generali ma anche di gestione del processo programmatico e decisionale a capo delle Az. Ulss, enti operativi della Regione, è significativa della realtà Veneta. Questo ha comportato la presenza forte del "potere" regionale nelle realtà dei tavoli tematici dei Piani condizionando la volontà e la partecipazione degli altri soggetti aderenti alla programmazione. Ciò ha tolto la spinta propulsiva al cambiamento, base della L. 328/2000, a scapito di una conseguente svalutazione del ruolo dei soggetti in fase di consultazione e concertazione.

- Rispetto ai processi partecipativi, è stato chiarito un passaggio metodologico cruciale perché si realizzi una buona progettazione. Si è provveduto alla doverosa distinzione tra i diversi tipi di coinvolgimento degli attori, al processo di programmazione zonale, individuando la programmazione con attribuzione di potere e quindi la fase di concertazione, dalla partecipazione consultiva nella quale il soggetto partecipa in qualità di esperto e testimone privilegiato. La distinzione tra fase consultiva e fase di concertazione chiarisce e identifica i ruoli dei diversi attori che a vario titolo intervengono nella programmazione di zona e stabilisce a quali di essi viene attribuito potere decisionale in merito al processo programmatico.

Le linee guida specificano che i soggetti titolari del Piano di Zona vengono identificati in soggetti istituzionali responsabili del Piano che sono: i Comuni inclusi negli ambiti territoriali delle diverse Az. Ulss; la Regione attraverso le Az. Ulss che hanno responsabilità di programmazione, coordinamento, vigilanza e controllo sia su materie sanitarie che sociali oltre che alle funzioni attribuitegli attraverso D.Lgs 502/92 in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera. La Regione partecipa alla predisposizione del Piano di Zona attraverso le Az. Ulss in quanto crede che la programmazione dei servizi integrati sanitari e sociali sia meglio finalizzata e organizzata se gestita a livello di Az. Ulss.

Gli altri soggetti che partecipano alla creazione del Piano sono Province e altri soggetti pubblici e attori locali che con diversi ruoli sviluppano il sistema di welfare locale. Saranno i soggetti titolari del Piano di Zona che nella fase iniziale dovranno definire in maniera chiara e trasparente gli *stakeholder* che faranno parte della fase di consultazione da quelli che entreranno anche nella fase di concertazione in cui si creeranno forme di partnership tra soggetto pubblico e soggetti della comunità locale attraverso i quali si realizzerà il sistema integrato dei servizi.

- Ai fini di un raccordo tra programmazione regionale e locale, l'integrazione gestionale si stabilisce con la definizione di un documento di indirizzo elaborato dalla Direzione regionale e approvato dalla Giunta regionale, che determina gli obiettivi di sviluppo generali della programmazione sociale e socio-sanitaria e determina obiettivi specifici per singola area di intervento. Nel documento di indirizzo verranno identificati annualmente le risorse economiche disponibili e l'allocazione delle risorse in base a dei vincoli di riparto per la programmazione.
- In funzione di quanto sopra riportato, per assicurare che il Piano di Zona sia correttamente coniugato con le disposizioni generali degli atti di indirizzo elaborati dalla Direzione regionale, esso deve ottenere il visto di congruità regionale che ne determina la coerenza con gli indirizzi strategici definiti e la validità.
- Al fine di assicurare la gestione unitaria delle funzioni sociali e quindi garantire l'integrazione gestionale, i Comuni, secondo quanto già previsto dall'art. 4 della L.R. n. 5/1996, possono scegliere diverse modalità gestionali tra le quali:
 - La creazione di forme associative tra comuni attraverso **convenzioni**, come sancito dall'art. 24 del D.Lgs n. 267/2000, oppure **consorzi** come previsto dall'art. 25 dello stesso decreto oppure ancora attraverso le **unioni di comuni** previste dall'art. 26 del D.Lgs 267;
 - La confluenza delle attività attraverso lo strumento dell'**accordo di programma in un Comune capofila** dell'ambito distrettuale;

- La **delega** da parte dei Comuni verso le Az. Ulss. Tale strategia è supportata dal disposto della L.R. n. 56 del 1994 art. 8 che promuove la delega della gestione dei servizi sociali da parte dei Comuni alle Unità Locali Socio-Sanitarie, nella L.R. 5 del 1996, l'art. 27 la Regione prevede che una parte delle risorse del Fondo Sociale vengano attribuite a quei Comuni che delegano le ULSS per la gestione delle funzioni a elevata integrazione socio-sanitaria, e ancora la L.R. 11 del 2001 all'art. 130 definisce che per realizzare l'integrazione socio-sanitaria la Giunta Regionale promuove la delega da parte dei Comuni alle Ulss delle prestazioni sociali a rilevanza sanitaria oltre alla gestione dei servizi sociali.

In questi disposti legislativi è molto chiara la tendenza organizzativa adottata dalla Regione Veneto e cioè quella della promozione e sviluppo della delega alle Az. Ulss dei servizi socio-sanitari. Il modello gestionale di delega alle Az. Ulss è un fattore determinante che inevitabilmente si riflette ed ha ripercussioni sull'attività programmatica. Il Veneto, scegliendo come ambito di attuazione dei Piani di Zona l'ambito delle Az. Ulss ha scelto di orientare e spingere la delega della gestione dei servizi in capo alle Az. Ulss stesse. A questo proposito si propongono alcune riflessioni:

- la prima è il rischio che gli interventi sociali siano definiti e strutturati secondo un'ottica di sanitarizzazione del problema, o che venga attribuita maggior rilevanza agli interventi sanitari piuttosto che agli interventi socio-assistenziali, creando un subordine tra sanitario e sociale che poco si sposa col concetto di benessere globale qui proposto;
- la seconda riflessione è spinta dalla potenzialità intrinseca alla delega. Essa può garantire uniformità ed equità nel sistema di produzione del welfare a condizione però che siano ideati e definiti con particolare attenzione i processi di condivisione decisionale tra Az. Ulss e Comuni, stabiliti attraverso l'accordo di programma e la definizione del ruolo dell'Ufficio di Piano. Se ciò non avviene, a causa del differente potere contrattuale (viste le

dimensioni delle relative realtà, piccoli comuni da una parte e grande azienda dall'altra) essa è di fatto data "in bianco"²⁵ dagli Enti Locali che vengono privati della funzione di indirizzo di governo nelle politiche.

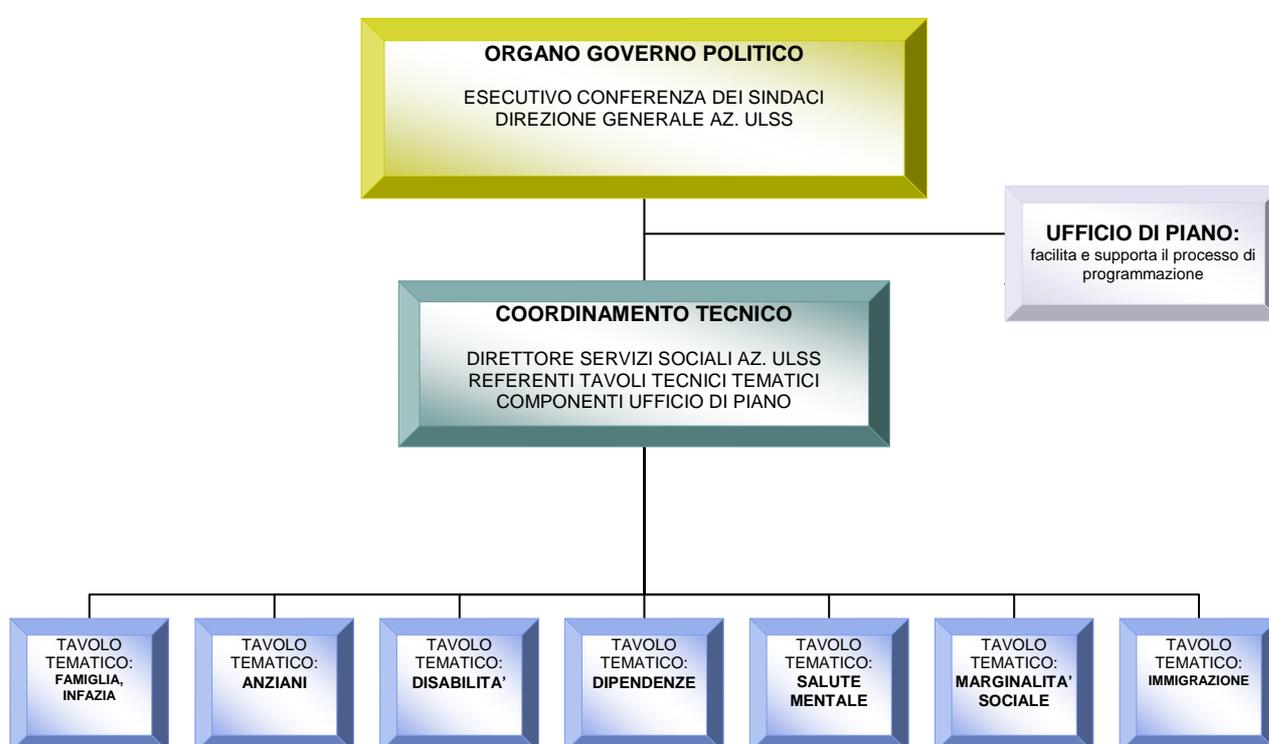
- Varia la durata di validità del Piano di Zona, da durata triennale, con un unico momento di verifica finale sull'ottenimento dei risultati attesi dalle azioni pianificate, si passa ad un arco temporale di validità di 5 anni. Gli obiettivi e le azioni previste in quest'arco temporale medio-lungo saranno soggette a monitoraggi e ri-definizioni annuali sviluppando un modello programmatico secondo logica incrementale, "a piccoli passi"²⁶ (Setti Bassanini 2003). Se il Piano di Zona è un piano che punta al miglioramento o ha la presunzione di puntare addirittura ad una crescita del benessere di una comunità, poco probabile in questo momento storico, non può che seguire nel suo processo di programmazione e attuazione una logica improntata alla ridefinizione continua delle azioni all'interno tavolo programmatico tra i vari soggetti in cui si definiscono e negoziano valori, idee a obiettivi sempre in evoluzione. La difficoltà sta proprio nel determinare micro-azioni attuabili e verificabili che sviluppino e ri-definiscono altre micro-azioni attuabili e verificabili con l'obiettivo del raggiungimento di un cambiamento effettivo a lungo termine. Attraverso questa metodologia il Piano non è più statico e formalizzato ma diventa un percorso in crescita continua. Un risvolto negativo è la possibilità che l'eccessivo aumento dei soggetti che intervengono nella progettazione porti a situazioni di stallo nelle quali si realizza una de-responsabilizzazione nella scelta di strategie e azioni. Il modello incrementale cerca di dare maggiore dinamicità al piano che dovrebbe garantire una programmazione più aderente alla complessa realtà locale sempre in continua evoluzione. Una modificazione interviene nella definizione delle azioni che vengono distinte tra azioni di mantenimento con le quali si individuano le azioni già consolidate, le azioni di potenziamento con le quali si intendono sviluppare ed implementare alcune azioni già esistenti ed infine le azioni innovative che fanno

²⁵ A. Battistella, U. De Ambrogio, E. Ranci Ortigosa, *Il Piano di Zona*, Carocci ed., Roma, 2004 p. 82

²⁶ M.C. Setti Bassanini, "La logica Incrementale" in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 8, 2003.

riferimento a progettazioni sperimentali da sviluppare. Tale distinzione risulta importante ai fini del monitoraggio annuale della verifica dei risultati, in quanto la suddivisione specificata permette un'analisi più attenta e puntuale delle azioni previste. Questa formulazione permette la coniugazione di scelte strategiche di medio raggio con micro-azioni suddivise per ambito che garantiscono maggior flessibilità rispetto ai mutamenti del contesto sociale.

- La struttura organizzativa per la costruzione e gestione del Piano di zona vede:



In questa organizzazione il coordinamento tecnico, assistito dall'Ufficio di Piano, sovrintende dal punto di vista tecnico e metodologico tutte le azioni finalizzate alla costruzione e gestione del Piano di Zona. I tavoli tematici vengono definiti in ambito territoriale, sono espressione del coinvolgimento dei soggetti del territorio che concorrono al sistema di welfare locale e sono il luogo della fase consultiva e di concertazione. I tavoli vengono identificati attraverso le aree di intervento definite per ciclo di vita (anziani, infanzia) o per problematica prevalente (disabilità, dipendenze, marginalità, salute mentale e immigrazione). Ancora una volta, il legislatore regionale non attribuisce compiti specifici

all'Ufficio di Piano, individuandone esclusivamente la funzione generale di organismo tecnico di staff con funzioni di supporto operativo del processo di programmazione rispetto alle attività di costruzione, monitoraggio e valutazione del Piano. La sua collocazione di norma è nella Direzione dei Servizi Sociali dell'Az. Ulss, altre disposizioni devono essere autorizzate dalla Giunta Regionale. La mancata definizione del riconoscimento del ruolo dell'Ufficio di Piano rimane una criticità in quanto fin ora nelle diverse esperienze maturate dai Piani di Zona della Regione Veneto gli stessi hanno assunto diversi modelli organizzativi, alcuni hanno goduto di maggior autonomia decisionale anche nei confronti dell'organo politico di governo (esperienza Piano di Zona Az. Ulss 13) altri invece una sola funzione di staff (esperienza Az. Ulss 16).

In conclusione si segnala, l'annosa problematica legata alla scarsità o addirittura all'azzeramento delle risorse dedicate alle politiche sociali. A riprova di ciò si sottopongono all'attenzione alcuni dati relativi ai finanziamenti del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali²⁷ (FNPS); nell'anno 2010 il finanziamento nazionale del fondo ammontava a 380.222 milioni di euro, nella ripartizione del fondo tra regioni e province autonome alla Regione Veneto sono stati riconosciuti 27.680.230,10 euro²⁸; nell'anno 2011 la somma complessiva del FNPS ammontava a 218.084 milioni di euro con una riduzione rispetto al 2010 del 40%, alla Regione del Veneto sono stati riconosciuti 13.000.918,48 euro²⁹. Per l'anno 2012 lo Stato ha pressoché azzerato il FNPS riducendolo drasticamente a 10.800 milioni di euro³⁰ con uno scarto rispetto al 2011 di 95 punti percentuali. Tale decurtazione si associa ai tagli di finanziamenti per le funzioni trasferite già eseguiti nei confronti di Regioni ed Enti Locali accentuati da sistemi di controllo di bilancio come il patto di stabilità. Considerando che il fondo nazionale, quello regionale e parte del fondo sanitario relativo all'integrazione socio-sanitaria e il concorso della spesa degli utenti contribuiscono al finanziamento e al sostegno del sistema dei servizi integrati, la riduzione delle risorse ha portato inesorabilmente alla riduzione di prestazioni

²⁷ Il Fondo Sociale Nazionale finanzia il sistema articolato dei Piani Sociali Regionali e dei Piani di Zona, ed è la principale fonte di finanziamento specifico degli interventi di assistenza alle persone e alle famiglie, inizialmente istituito dalla Legge 449/1997 e poi ridefinito dalla Legge 328/2000.

²⁸ Decreto Interministeriale del 04/10/2010, registrato Corte dei Conti il 28/10/2010, reg. 17, foglio 158

²⁹ Decreto Interministeriale del 17/06/2011, registrato Corte dei Conti il 21/06/2011, reg. 10, foglio 109

³⁰ http://www.regioni.it/home_art.php?id=425

e servizi socio-assistenziali. In questa situazione non è possibile purtroppo rendere esigibili i diritti sociali costituzionali anzi si conserva o si esacerba la disuguaglianza sociale esistente promossa anche dalla frammentazione delle risposte che nascono spinte dalla necessità di fronteggiare le urgenze sociali emergenti ed in continua evoluzione. Un cambiamento generativo è possibile solo se si riesce ad uscire dalle logiche emergenziali e settoriali che creano risposte frammentate e tra di loro sconnesse.

6. ALCUNI PUNTI DI VISTA DI TESTIMONI PRIVILEGIATI

Per analizzare più approfonditamente a quale punto è la stagione della programmazione nel sistema Veneto è stato svolto un lavoro di raccolta di interviste a quattro testimoni privilegiati che hanno rivestito o che attualmente ricoprono ruoli strategici in ambito programmatico. Sono stati individuati due Direttori Generali e precisamente, l'ex Direttore Generale dell'Az. ospedaliera di Padova e dell'Az. Ulss 16 di Padova, Dr. A. Cestroni, che ha da poco terminato il mandato durato in carica fino al 31/12/2012, l'Az. Ospedaliera di Padova è centro Hub regionale è sede ospitante l'Università di Padova uno dei centri di riferimento nazionale in materia di ricerca e innovazione scientifica per il trattamento di particolari patologie o specialità mediche; l'attuale Direttore Generale Az.Ulss n. 20 di Verona Dr.ssa M. Bonavina (una delle Az. Ulss a più elevata densità nel territorio veneto) e due testimoni non tecnici ma politici, per valutare l'approccio di indirizzo politico alla programmazione e rispettivamente il Dr. L. Padrin, consigliere regionale e presidente della V Commissione consiliare che si è occupata delle fasi di consultazione e rielaborazione del PSSR e il vice presidente della stessa commissione Dr. C. Sinigaglia, consigliere regionale con il passato di assessore alle politiche sociali del Comune di Padova nella precedente legislatura e membro del Coordinamento Tecnico del Piano di Zona Az. Ulss 16 annualità 2007/2009.

Le domande sono state differenziate in base al ruolo ricoperto, tecnico oppure politico, in modo da permettere di verificare la logica e l'approccio differente a seconda dei ruoli che gli intervistati ricoprono.

Le interviste non hanno la presunzione di dare valore universale alle valutazioni fin qui proposte, ma sono spunti di riflessione che sostengono la tesi secondo cui si assiste ad una stagione grigia per la programmazione e soprattutto per lo strumento Piano di Zona che forse ha perso la sua spinta propulsiva iniziale, ma che attraverso una incentivazione e rinnovata tensione progettuale può recuperare un ruolo centrale di strumento programmatico in virtù dei cambiamenti sociali in atto. Le considerazioni dei testimoni sono stimoli per approfondire dei nodi critici del processo di programmazione qui di seguito specificati.

1. **La scarsità di risorse e i costi della programmazione.**

Gli intervistati sono tutti concordi nel dichiarare la riduzione drastica delle risorse dedicate al sistema dei servizi. La Dr.ssa Bonavina scrive infatti *“...il momento socio-economico è talmente serio che era necessaria la gestione di interventi comuni per aderire alle necessità pressanti degli utenti...”* tale affermazione è sostenuta anche dal collega Dr. Cestroni che lamenta: *“Anche le difficoltà di conoscere anticipatamente l'ammontare delle risorse disponibili, oppure le regole gestionali (ad es. il reperimento delle risorse umane o per le spese di investimento), ostacola i processi di programmazione a medio termine...”*.

Oltre a ciò alcuni intervistati ribadiscono le disparità di assegnazione di risorse attribuite al sistema sanitario regionale rispetto ai finanziamenti riconosciuti a sostegno delle politiche sociali in carico agli Enti Locali. La sottolineatura rileva la cronica separatezza fin ora avuta nella distinzione delle competenze che non di rado è portato a logiche di frammentazione delle risposte ai bisogni assistenziali.

Non è una novità, ma piuttosto una realtà consolidata quella della scarsità di risorse da impegnare per l'attuazione delle politiche sociali, che con difficoltà ad oggi trovano legittimazione nel quadro generale delle diverse politiche pubbliche. È radicato il disequilibrio dovuto al nostro sistema di welfare composto da tre grandi aree di protezione: la previdenza (sistema pensionistico), la sanità ed il sociale. Le maggiori risorse continuano a venire investite per il sostegno del sistema previdenziale, che nonostante alcune riforme, ultima delle quali l'innalzamento dell'età pensionabile per uomini e donne, non ha mai visto una profonda ri-strutturazione che con oculatazza affrontasse in maniera adeguata la situazione (revisione dei criteri per la legittimazione delle cosiddette “pensioni d'oro” oppure attraverso la revisione dei criteri di reversibilità, è corretto che donne straniere che sposano anziani non-autosufficienti possano godere della pensione di reversibilità a pieno titolo? Questi sono alcuni esempi di possibili modifiche). Per capire il peso della spesa

per il finanziamento del sistema pensionistico nel prossimo futuro in rapporto con il PIL, si ritorna alla tab. 4 pag. 29.

Nella relazione della Corte dei Conti sulla gestione finanziaria delle Regioni anno 2010 – 2011³¹ vengono indicati alcuni dati ripresi dalle statistiche del SESPROS³² che indicano la netta preponderanza della spesa pensionistica sulle altre spese sociali che nel periodo 2008 – 2010 consuma circa il 66% delle risorse, seguita dalla sanità con il 25,6% e per ultima l'assistenza per l'8%.

Non è possibile non sottolineare questa difficoltà in quanto le politiche sociali anche locali e territoriali risentono di questa situazione e non possono ignorare ciò che accade a livello più generale. Alla Regione Veneto sono stati riconosciuti attraverso il riparto del Fondo Nazionale Sanitario nell'anno 2010 la cifra di 8.429.060.281 di euro³³, nel 2011 l'importo ha un incremento del 0,001% arrivando quindi ad un importo complessivo di 8.459.356.257 euro³⁴. Per quanto riguarda il finanziamento del Fondo Sociale si passa da 27.680 milioni di euro nel 2010 a 13.000 milioni di euro nel 2011.

In aggiunta si assiste, almeno nel Veneto, ad una netta prevalenza di indirizzo delle risorse già scarse, a favore della tutela della salute. Nel bilancio di previsione 2011 a fronte di una spesa totale di 12.360,7 milioni di euro il 73,5% di questi è stato finalizzato all'area persona e famiglia per un complessivo importo di 9.090 milioni di euro di cui 84,6% a favore della tutela della salute con 7.695,39 milioni di euro, il 9,8% per gli interventi sociali e quindi complessivamente 890,81 milioni e il resto diviso tra istruzione, lavoro, cultura. Il bilancio di previsione 2012 prevede una spesa complessiva di 12.922,3 milioni di euro, di cui il 74,3% rivolto all'area persona e famiglia, l'83,9% pari ad un importo complessivo di 8.060,72 milioni di euro per sostenere la tutela della salute, l'8,8% riconosciuto per gli interventi sociali e quindi 845,62 milioni di euro, il rimanente spartito tra istruzione,

³¹ Deliberazione n. 14/SEZAUT/2012/FRG della Corte dei Conti.

³² Sistema Europeo delle Statistiche integrate della Protezione Sociale.

³³ Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, Regioni e Province autonome seduta del 29/04/2010.

³⁴ Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, Regioni e Province autonome seduta del 20/04/2011.

lavoro, cultura³⁵. Questa particolare allocazione rafforza la strategia di fondo della Regione cioè quella della gestione dei servizi e delle prestazioni sia sociali che sanitarie in capo alle az. Ulss, con il rischio evidente di vedere sanitarizzati anche i problemi sociali.

Una sottolineatura in merito alla riduzione della protezione sociale va fatta considerando l'affermazione dell'intervistato che spiega che a fronte dei probabili e consistenti tagli ai finanziamenti c'è l'illusione del mantenimento della consistenza dei servizi fin ora erogati e non si assisterà quindi ad una riduzione dei servizi stessi. Tale prospettiva è da ritenere poco probabile in quanto in realtà si sta già fronteggiando la continua erosione dei fattori di protezione sociale, i servizi fin ora erogati non riescono a rispondere alle nuove povertà (anziani non-autosufficienti soli, madri separate con figli, uomini tra i 30 e 50 anni che hanno perso il lavoro e la stabilità...) perché pensati per rispondere a problemi passati che però nel frattempo si sono evoluti e ingranditi.

Un'altra considerazione riportata da un intervistato è l'eccessiva formalizzazione del Piano di Zona. Per anni infatti la Regione Veneto ha richiesto agli operatori coinvolti nella programmazione zonale, la compilazione di schede valutative complicate e di difficile comprensione che hanno di conseguenza appesantito e raddoppiato il lavoro e delle quali non pervenuta alcuna restituzione agli operatori del settore in termini di ri-elaborazione critica dei dati.

Da ciò si trae che la programmazione non è solo ostacolata dalla scarsità di risorse ma è anche ritenuta un costo, un dispendio umano ed economico nelle attività di rendicontazione, massimizzazione delle risorse, di quadratura dei bilanci e dei budget. Molti sono gli sforzi degli operatori interessati nella programmazione in queste funzioni di *accountability*, attraverso strumenti sempre più improntati a logiche della determinazione dei costi-risultati, secondo sistemi managerialisti sicuramente importanti, ma che non possono prescindere da forme di analisi e di apprendimento di quanto esaminato. Le rendicontazioni

³⁵ <http://www.regione.veneto.it/Temi+Istituzionali/Bilancio/>

spesso risultano fini a se stesse e nulla di quanto elaborato viene restituito agli operatori.

2. Ruoli e poteri nella programmazione

In merito a questa criticità un intervistato asserisce la necessità di tornare ad una centralità del ruolo svolto dalla Conferenza dei Sindaci nella programmazione, quale attore più vicino e diretta espressione delle realtà territoriali. È sostanziale quindi il suo coinvolgimento nei processi decisori, l'intervistato, infatti, nonostante riporti il ruolo di indirizzo vincolante della Regione in questi processi, sottolinea che la Conferenza dei Sindaci e il Piano di Zona assumono un particolare rilievo strategico nella garanzia dei livelli di integrazione con il territorio ribaditi anche nel nuovo Piano Socio Sanitario. L'esperto dichiara a tal proposito che in sede di definizione del Piano Socio Sanitario, la difesa del ruolo del Direttore dei Servizi Sociali all'interno delle Az. Ulss è stata frutto della volontà di garantire e saldare i rapporti tra Az. Ulss, Sindaci, terzo settore e comunità locale. Il ruolo propositivo e decisionale che dovrebbe rivestire la Conferenza dei Sindaci è condiviso da tutti gli intervistati, nonostante uno tra loro riporti criticamente che l'urgenza e la qualità delle decisioni da prendere rispetto alle dinamiche esistenti ed in continua evoluzione, non consenta l'interessamento di un numero ampio di soggetti decisori, ma vada ristretto alle Direzioni Socio Sanitarie e all'esecutivo della Conferenza dei Sindaci.

“Scegliere è un processo di riduzione dell'incertezza, assunzioni di rischio, responsabilità”³⁶. È possibile partire da questa considerazione per delineare alcune fasi delicate del processo programmatico. La Regione Veneto ha deciso di partecipare fortemente a tutte le fasi della progettazione socio-sanitaria e di zona, non solo dando le linee di indirizzo generali della politica da seguire, ma attraverso le Az. Ulss stabilendo allocazione di risorse, obiettivi da raggiungere e azioni per perseguirli. Il decisore pubblico centrale resta la Regione che esercita quindi un ruolo e un potere determinante nella

³⁶ S. Pasquinelli, S. Stea, *Decidere senza scegliere*, in: U. De Ambrogio, S. Pasquinelli (a cura di), *Progettare nella frammentazione. Approcci, metodi e strumenti per il sociale*. I Quid n. 6, 2010, p. 13.

programmazione che stimola la riflessione sul coinvolgimento e la definizione dei ruoli e dei poteri che si mettono in gioco durante la programmazione.

Questa impostazione ci porta verso una riflessione metodologica, il processo programmatorio prevede la partecipazione di soggetti plurimi alla sua realizzazione ed ha come sua caratteristica fondamentale la presenza di diversi interessi e poteri appartenenti a tali soggetti. Queste dissimetrie nei ruoli portano a costanti conflitti e negazioni che sono però il sale, se adeguatamente gestiti, di una buona progettazione. Si rende necessario quindi in fase preliminare nel tavolo programmatorio, definire con chiarezza ai diversi attori il tipo di coinvolgimento loro richiesto, questa trasparenza permette di creare consenso al progetto e facilita il senso di appartenenza dei soggetti al tavolo di programmazione. Per fare ciò è necessario seguire una solida struttura metodologica che non deve essere intesa in senso tecnicistico e quindi rigida adesione al metodo di programmazione, ma deve essere correlata da una ripresa della dimensione comunicativo-relazionale, che stimoli il coinvolgimento dei soggetti, mantenga sempre alta la tensione alla progettazione e faciliti le scelte. È indispensabile perciò che quando si avvia un processo di programmazione con diversi attori ci sia una figura centrale con competenze specifiche che possa fare quanto sopra riportato.

La responsabilità di direzione dei lavori è affidata al personale presente nelle Az. Ulss e negli Enti Locali che nonostante la loro buona preparazione, forse va sostenuto attraverso momenti di formazione o attraverso consulenze che incrementino le loro capacità in questo ambito.

3. Il Piano di Zona è un piano di diverse politiche integrate?

“...il Piano di Zona rimane in primo luogo uno strumento di programmazione non solo dei servizi socio-sanitari esistenti ma anche innovativi sempre in equilibrio con le risorse disponibili...” (Dr.ssa Bonavina).

Secondo la L. 328/2000 art. 8 comma 3 la funzione della Regione è quella di definire le politiche integrate che andranno poi declinate nel

Piano di Zona³⁷, passaggio che in larga parte è stato disatteso. La Regione Veneto infatti individua nel Piano di Zona lo strumento per garantire la programmazione dei servizi sociali e socio-sanitari sostenendo e facilitando principalmente il governo dell'integrazione socio-sanitaria. Gli interventi oggetto della programmazione sono:

- i bisogni evidenziati all'art. 22 comma 2 della 328/2000;
- i bisogni socio-sanitari come previsti del D. Lgs 502/1992 e successive modificazioni;
- gli interventi contenuti dell'art. 22 comma 4 della L. 328/2000.

Ma se il Piano di Zona è stato finalizzato a questo, contemporaneamente hanno preso il via altre realtà progettuali e programmatiche che hanno sviluppato le altre politiche pubbliche di protezione come ad esempio i Piani dell'offerta formativa, i Piani della Salute, i Piani di Attuazione Locale, i Piani di sviluppo urbanistico. L'eccessiva programmazione porta alla frammentazione delle risposte ai vari bisogni della comunità, e innesca meccanismi di autoreferenzialità degli enti o dei piani stessi³⁸ (De Ambrogio 2010). Il Piano doveva essere un contenitore di indirizzo della governance locale in generale, dove le diverse politiche potevano agire in sinergia perseguendo l'obiettivo ultimo del benessere globale del cittadino. Considerata la crescente varietà e disomogeneità dei disagi è richiesta una risposta integrata territorialmente, in modo da utilizzare adeguatamente e proficuamente le poche risorse disponibili e non parcellizzarle in mille piccole isole non comunicanti. Per questi motivi se si tende alla costruzione di un'idea ampia di welfare, le politiche sociali dei Comuni devono sempre di più cercare l'integrazione con le altre politiche di protezione e di sviluppo del benessere è cioè quelle della casa, del lavoro, dell'istruzione...

³⁷ L. 328/2000 all'art. 8 comma 3 b cita "alle regioni, ne rispetto di quanto previsto dal decreto legislativo 31 marzo 1998 n. 112, spetta in particolare l'esercizio delle seguenti funzioni: a)...b) definizione di politiche integrate in materia di interventi sociali, ambiente, sanità, istituzioni scolastiche, avviamento al lavoro e reinserimento nelle attività lavorative, servizi del tempo libero, trasporti e comunicazioni

³⁸ U. De Ambrogio, S. Pasquinelli, Progettare nel sociale: una strategia per ricomporre la frammentazione in: U. De Ambrogio, S. Pasquinelli (a cura di), Progettare nella frammentazione. Approcci, metodi e strumenti per il sociale. I Quid n. 6, 2010, p. X.

4. Processi e strumenti di valutazione

La questione dei processi di valutazione del Piano di Zona e del PSSR è fondamentale e più volte viene richiamata dagli intervistati. Uno di essi rimarca la necessità di una condivisione più profonda degli obiettivi programmati e che annualmente gli obiettivi condivisi vengano opportunamente verificati, così come le azioni per perseguirli in maniera dinamica e sempre rielaborativa. A conferma di questo si riportano le parole della Dr.ssa Bonavina che sottolinea le nuove direttive impartite dal legislatore regionale in tema di valutazione e monitoraggio “...*La programmazione delle politiche sociali e socio-sanitarie risulta costantemente sottoposta a valutazione e ri-programmazione dinamica, attraverso un processo continuo di monitoraggio, verifica e valutazione delle azioni previste dal Piano medesimo...*”.

Un punto di debolezza del processo valutativo viene individuato da un intervistato che puntualizza che la revisione annuale del Piano di Zona, che coinvolge un numero ampio di soggetti, impedisce al Piano stesso di svolgere una funzione adeguata di governo gestionale. Questa criticità è dovuta al fatto che se da un lato il Piano di Zona è l'espressione di interessi plurimi appartenenti a diversi soggetti (enti locali, Az. Ulss, terzo settore profit e non, Regione...), costruito attraverso la condivisione di percorsi programmatori a volte poco strutturati e non condotti da una figura preparata, l'incontrarsi per pianificare diventa carico lavorativo ulteriore e dispendioso.

Quando si pianificano politiche la necessità più pressante è quella di capire se ciò che si è programmato è servito o meno e se ha prodotto dei cambiamenti e in che misura questi sono avvenuti. Per fare ciò la politica o il piano deve aver definito con precisione gli obiettivi da realizzare e le azioni per perseguirli, solo così l'attività valutativa può essere condotta. Il metodo tradizionale di valutazione segue la logica economica costo-beneficio, in questo modo i momenti di valutazione vengono percepiti come pianificazioni allocative, espletazioni burocratiche e controllo amministrativo. Questa metodologia risulta essere una rappresentazione troppo sintetica della complessa realtà

sociale che pone quindi problemi etici nella valutazione stessa. È da sottolineare che i momenti di verifica e valutazione sono sempre più diffusi in quanto le amministrazioni hanno compreso l'importanza del processo valutativo, si è assistito infatti ad una crescita culturale in quest'ambito. La Regione Veneto individua momenti di monitoraggio annuali e una fase finale di valutazione al termine del quinquennio del piano di zona. La suddivisione dal punto di vista metodologico di momenti di monitoraggio in itinere e valutazione finale è sicuramente un risultato importante. Spesso il monitoraggio viene confuso o sovrapposto alla valutazione ex-post dimenticando che nel monitoraggio verifichiamo gli indicatori di risultato o di processo per eventuali ri-definizioni, con l'obiettivo di raggiungere il risultato atteso; nella valutazione ex-post si cerca di valutare la coerenza tra obiettivi e azioni, l'esito dei risultati ottenuti ponendo maggior attenzione agli esiti imprevisti³⁹. Rispetto quest'ambito un'appunto è necessario in merito alla valutazione di impatto delle politiche sociali che ha lo scopo di verificare l'apporto "netto" e cioè gli effetti delle politiche stesse⁴⁰. Ad oggi si contano pochissime esperienze (vedi osservatori CARITAS sulla povertà) in quanto dovrebbe essere eseguita a distanza di tempo dalla fine del piano o del progetto attraverso metodologie innovative di valutazione (es. l'approccio *theory-based evaluation*) ancora poco praticate.

³⁹ N. Stame, *L'esperienza della valutazione*, SEAM, Roma, 1998.

⁴⁰ U. De Ambrogio (a cura di), *Valutare gli interventi e le politiche sociali*, Carocci ed., Roma, 2003, p. 209

CONCLUSIONI

L'inizio di quest'elaborato si concentra su un elemento teorico di riferimento, rivisto attraverso passaggi storici e culturali rilevanti, secondo cui il benessere globale di un individuo, è considerato nello stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e comprende quindi l'intero mondo della vita" dell'individuo stesso. Nel garantire il benessere globale è necessario considerare eventuali determinanti, cioè fattori interni od esterni alla persona, che possono incidere nel raggiungimento di questo benessere. Si analizzano perciò i bisogni di una persona attraverso saperi e conoscenze delle scienze sociali capace di affrontare la complessità della vita.

L'analisi della normativa è stata necessaria per affermare che questo cambiamento culturale è avvenuto anche a livello di organizzazioni di sistemi di welfare, che fondano il loro operato sul principio della tutela e garanzia di questo benessere. Il cammino dell'integrazione socio-sanitaria non è stato privo di difficoltà, da un lato si è provveduto, attraverso il principio di universalità, che in questo elaborato definiamo "selettiva", a garantire l'essenziale a tutti, dall'altro lato il sistema di welfare è stato comunque veicolo e distributore di disuguaglianze.

Attraverso l'analisi del contesto socio-sanitario veneto, dove vengono indicati i maggiori cambiamenti in ambito demografico ed epidemiologico, si sono enucleati cinque macro-fattori di crisi del sistema di protezione trasferibili anche a livello nazionale. L'aumento dell'indice di invecchiamento della popolazione, la destrutturazione del sistema di protezione famiglia, il rallentamento della produttività, l'aumento del malessere psico-sociale e la crescita della spesa pubblica contribuiscono in maniera determinante all'approfondirsi delle disuguaglianze e creano una incapacità di fondo del sistema nel realizzare forme di tutela alle nuove situazioni di disagio emergenti che portano ad interventi di contenimento delle emergenze. A tale proposito è doveroso pensare che se ben finalizzata e attribuendole significatività, la programmazione in questo frangente di contingenza dell'emergenza

permetterebbe di far fronte alle pressioni che comprimono le idee, per assumere invece una logica più strategica e di cambiamento reale.

La Regione Veneto ha affrontato tutto ciò attraverso alcune nuove programmazioni sia in materia sanitaria, con l'approvazione del nuovo Piano Socio-Sanitario 2012 - 2016, e in materia sociale con l'approvazione delle nuove linee guida e le indicazioni sui Piani di Zona 2011 – 2015. L'esame di questi documenti ha permesso di mettere in luce i nodi critici esistenti in merito alla programmazione di politiche e servizi nel territorio veneto, è più approfonditamente le questioni legate al ruolo della Regione, risultato soggetto "forte" non solo negli indirizzi ma anche nella programmazione attraverso le Az. Ulss, nella spinta alla delega delle funzioni sociali e socio-sanitarie all'Az. Ulss come modalità gestionale più rispondente ai bisogni di programmazione piuttosto che bisogni del territorio, quelle legate alla scarsità delle risorse e dei finanziamenti e per ultima la questione legata alla strutturazione e metodologia del processo programmatico (il coinvolgimento degli stakeholder nelle fasi di consultazione e concertazione, la distribuzione del potere decisionale e la gestione dei conflitti).

L'approfondimento dei fattori critici legati alla programmazione è stato reso possibile attraverso il contributo di quattro interviste a testimoni privilegiati che nel processo programmatico rivestono ruoli di particolare interesse. Attraverso le interviste si è potuto delineare a quale punto è giunta l'attività di programmazione in Veneto e dimostrare che molto probabilmente si è davanti ad un periodo di *impasse* che necessita di una revisione generale dal punto di vista concettuale e metodologico.

A questo punto è importante chiedersi da dove ripartire e quali cambiamenti siano possibili per ricondurre verso nuove prospettive i processi di programmazione che continuano ad essere la base di richiesta per lo sviluppo di politiche (Bandi europei, Bandi delle fondazioni, Progetti di cooperazione internazionale...).

È lecito chiedersi: è possibile ripartire dalla frammentazione. La necessità di comprendere la complessità del bisogno di un individuo o di una comunità ha portato razionalmente alla scomposizione dello stesso in tanti segmenti, tante costruzioni di significato che hanno aiutato ad analizzarlo e comprenderlo. Questa frammentazione è però un artificio per riuscire ad organizzare in maniera sistematica gli interventi a sostegno del bisogno che col tempo sono diventati selettivi e autoreferenziali. I parametri di costruzione e progettazione di politiche a tutela del benessere dei cittadini sono decisi in base a criteri di costi – efficacia, criteri di razionalizzazione di tipo managerialistico, in cui il processo programmatorio è più un adempimento amministrativo-burocratico che un metodo conoscitivo e generativo. È possibile sostenere, secondo anche quanto raccontato dagli intervistati, che dopo le prime esperienze entusiastiche di attività programmatoria per la stesura dei piani di zona, ora a distanza di quindici anni si sono verificati limiti che hanno creato una sorta di disaffezione degli operatori alla partecipazione ai Piani.

È necessario quindi rispondere alla complessità attraverso una ripresa disincantata e realistica dell'attività di programmazione capace di partire dall'analisi profonda del bisogno piuttosto che concentrarsi, come finora ha fatto, sui meccanismi del processo di programmazione, soprattutto in questo momento di difficoltà, la progettazione dovrebbe servire a compiere scelte e dare orientamenti piuttosto che progettare qualcosa di nuovo.

È importante ritornare ad una metodologia di programmazione più attenta alle realtà esistenti sempre in continua evoluzione e attenta ai diversi soggetti del territorio in cui la promozione o la conduzione stessa della progettazione possa essere data ad attori diversi dal decisore pubblico. Un luogo in cui si possano incontrare e lavorare assieme Stato, mercato, terzo settore e reti informali per progettare azioni di sviluppo diverse in ambiti diversi ma sostenibili, coerenti ed integrate.

In conclusione è importante ricordare che programmare significa anche costruire valori e quadri di riferimento per la cittadinanza. In questo momento di forti tensioni si impone di ridefinire lo stesso concetto di benessere e rivalutare quali obiettivi di politica sociale siano realmente perseguibili, e necessario quindi “una co-costruzione conoscitiva più articolata e approfondita in cui siano

riconoscibili e sperimentabili nuove forme di legame sociale. È qui dove infondo approda una progettazione sociale possibile”⁴¹.

⁴¹ F. Olivetti Manoukian, “La progettazione sociale possibile” in Prospettive Sociale e Sanitarie n. 10 – 11 del 2006.

APPENDICE INTERVISTE

INTERVISTA SEMI-STRUTTURATA DIRETTORE GENERALE AZ.ULSS 20 DI VERONA DR.SSA BONAVINA

1. Secondo Lei, in qualità di Direttore Generale, quali sono gli aspetti salienti di novità del Piano Socio Sanitario Regionale, in ordine anche alla Sua realtà socio-sanitaria?

Per iniziare la durata. Da 3 anni a 5 anni, per consentirne una ottimale attuazione.

Il Piano è strumento fondamentale per l'individuazione delle priorità e le politiche da sostenere. E' incentrato prevalentemente sulla gestione dell'area anziani, la gestione della cronicità, dei minori, della disabilità. Garantisce la universalità di accesso al servizio ed il potenziamento delle strutture complementari a valenza riabilitativa o intermedia finalizzate al rientro a domicilio del paziente cronico per un reintegro sociale nel suo contesto familiare.

Il momento socio economico è talmente serio che era necessaria la gestione di strumenti comuni per aderire alle necessità pressanti degli utenti, sempre finalizzate ad identificare i processi di valutazione delle persone, del contesto in cui vivono e dell'appropriatezza degli interventi. Attuale risulta anche essere l'indirizzo alla riconversione di strutture ospedaliere dismesse e la valorizzazione delle strutture extraospedaliere al fine di garantire la sostenibilità del sistema nella riorganizzazione dei livelli di assistenza.

Quindi anche mediamente una flessibilità organizzativa, è manifesto il passaggio da un sistema "ospedalocentrico" alla centralità del territorio.

2. A Suo parere il tema dell'integrazione socio-sanitaria rinforza il sistema di cure tra HUB and SPOKE, come continuità delle cure?

Il sistema HUB and SPOKE altro non fa che sottolineare la necessità di creare un modello organizzativo caratterizzato dalla concentrazione dell'assistenza ad elevata complessità in centri di eccellenza supportati da una rete di servizi in grado di garantire, con la presenza delle specialità di base, la selezione dei pazienti ed il loro invio a centri di riferimento. Dal punto di vista organizzativo si ha la possibilità di differenziare gli standard assistenziali garantendo la sostenibilità di un sistema che stava tendendo a parcellizzare eccessivamente le prestazioni.

Attenzione: non è in discussione che i centri SPOKE sono centri di eccellenza professionale in grado di garantire la diagnosi differenziale per l'invio a centri di riferimento.

3. I temi di razionalizzazione e di ottimizzazione delle risorse ricadono in termini di miglioramento sul sistema?

Assolutamente sì e ne stiamo già vedendo i risultati.

4. - Lo strumento Piano di Zona (strumento operativo di integrazione socio-sanitaria previsto dalla 328/00) riesce ad essere ancora uno strumento programmatorio efficace ed efficiente anche per la stessa gestione, oltreché come strumento di valutazione di organizzazione e di impatto dei servizi, nell'ambito dell'integrazione socio-sanitaria?

Costituisce lo strumento fondamentale per definire e costruire il sistema locale integrato di interventi e servizi sociali, così come proposto dalle linee guida espresse dalla Regione Veneto.

La proposta metodologica espressa dalla Regione Veneto con tali iniziative, tende a migliorare la qualità del monitoraggio e della valutazione realizzata sulle azioni e servizi offerti alla cittadinanza .Tali iniziative sono state studiate e realizzate inoltre, in quanto strumenti utili alla ri-programmazione annuale degli interventi, oltre che per la loro capacità di favorire la partecipazione dei soggetti coinvolti, siano essi Enti Istituzionali (Comuni, Dipartimenti ULSS, ecc.), che soggetti gestori (no profit e privato sociale), che infine degli altri portatori di interesse (associazioni di volontariato, ecc.).

Le aree coinvolte dalla programmazione sono:

- Anziani.*
- Disabili.*
- Infanzia Minori e Famiglia.*
- Giovani.*
- Dipendenze.*
- Salute Mentale.*
- Area Accorpata (Immigrazione, Povertà e Emarginazione, Prostituzione, Generale).*

La programmazione delle Politiche Sociali e Socio-Sanitarie risulta costantemente sottoposta a valutazione e riprogrammazione dinamica, attraverso un processo continuo di monitoraggio, verifica e valutazione delle azioni previste dal Piano medesimo, espresso dai Tavoli Distrettuali e Sovradistrettuali e dal ruolo propositivo e decisionale rivestito dalla stessa Conferenza dei Sindaci.

INTERVISTA SEMI-STRUTTURATA, ALL' EX DIRETTORE GENERALE AZ. OSPEDALIERA DI PADOVA E AZIENDA ULSS N. 16 DR. CESTRONE

1. Secondo Lei, in qualità di Direttore Generale, quali sono gli aspetti salienti di novità del Piano Socio Sanitario Regionale, in ordine anche alla Sua realtà socio-sanitaria?

In ambito sociosanitario le novità più rilevanti introdotte dal Piano Socio-sanitario riguardano:

- *il nuovo ruolo e l'ampliamento dei compiti del direttore dei servizi sociali che diventando direttore delle funzioni territoriali potrà coordinare in modo unitario l'intera assistenza territoriale, sia sanitaria, sia sociosanitaria. La gestione unitaria delle funzioni territoriali può senza dubbio:*
 - *favorire l'integrazione fra le varie articolazioni organizzative, che prima facevano riferimento a due diverse direzioni (sanitaria e sociale)*
 - *facilitare l'assunzione di decisioni, sulla base di una visione complessiva delle risorse e dei fabbisogni, che può maggiormente garantire anche una equa e appropriata distribuzione delle risorse, la realizzazione di "economie" e lo sviluppo di progetti trasversali*
 - *la formulazione di una programmazione regionale della rete delle strutture residenziali e diurne extraospedaliere (per anziani, per disabili, per pazienti psichiatrici, per minori, per tossicodipendenti) che renderà più omogenea, in termini di distribuzione territoriale, ma anche di costi, l'offerta del territorio regionale*
 - *il potenziamento dell'assistenza territoriale, delle strutture di ricovero temporaneo (ospedali di comunità e unità di riabilitazione territoriale) e del modello associativo dell'assistenza primaria (Medicine di Gruppo Integrate)*
2. A Suo parere il tema dell'integrazione socio-sanitaria rinforza il sintema di cure tra HUB and SPOKE, come continuità delle cure?

La riorganizzazione della rete ospedaliera in presidi ospedalieri di riferimento provinciale (hub) e presidi ospedalieri di rete non assicura di per sé un miglioramento in termini di efficacia ed efficienza del sistema di cure se non è accompagnata da un ulteriore sviluppo di attività che garantiscano un'effettiva continuità assistenziale fra ospedale e territorio.

Possono facilitare questo sviluppo la previsione di luoghi e momenti per promuovere il dialogo fra gli operatori territoriali e ospedalieri e la condivisione di protocolli operativi di collaborazione. Va in questa direzione la previsione, contenuta nel nuovo piano sociosanitario, di un coordinamento per la gestione del paziente fra ospedale e territorio e l'adozione di strumenti informatici che favoriscano lo scambio di informazioni (es. fascicolo sociosanitario individuale).

Essenziale rimane comunque il coinvolgimento delle Amministrazioni Comunali che attraverso i loro servizi possono assicurare il soddisfacimento di quei bisogni essenziali che sono propedeutici a qualsiasi progetto domiciliare; i comuni sono inoltre il punto di riferimento territoriale nell'organizzazione degli aiuti di tipo informale (es. volontariato, vicinato..) e del sostegno all'impegno di cura delle famiglie.

3. I temi di razionalizzazione e di ottimizzazione delle risorse ricadono in termini di miglioramento sul sistema?

La razionalizzazione e l'ottimizzazione delle risorse può contribuire a migliorare il sistema in quanto si traduce nella rivalutazione e riprogrammazione dei modelli organizzativi, dei servizi e delle modalità di erogazione delle prestazioni; l'esito è sicuramente un miglioramento che favorisce anche il cittadino.

Questo però solo se il termine "razionalizzazione" non viene inteso come mera "riduzione" delle risorse, perché in tal caso, una volta esauriti i benefici derivanti dall'ottimizzazione e dalla riprogrammazione dell'esistente, il rischio è quello di un generale abbassamento delle tutele assicurate ai cittadini.

4. Lo strumento Piano di Zona (strumento operativo di integrazione socio-sanitaria previsto dalla 328/00) riesce ad essere ancora uno strumento programmatico efficace ed efficiente anche per la stessa gestione, oltreché come strumento di valutazione di organizzazione e di impatto dei servizi, nell'ambito dell'integrazione socio-sanitaria?

Per quanto riguarda l'aspetto gestionale, il Piano di Zona rischia di rivelarsi - in un momento storico di rapidissimi cambiamenti (es. spending review) - uno strumento troppo "statico":

Il fatto che la revisione annuale del documento richieda il coinvolgimento di un numero veramente ampio di soggetti, soprattutto in una realtà estesa territorialmente come quella padovana, impedisce di fatto al Piano di Zona di svolgere, in senso stretto, una funzione di strumento di governo gestionale.

L'urgenza e la quantità delle decisioni da assumere in relazione a scenari in continua variazione, vede infatti coinvolte le Direzioni delle aziende sociosanitarie e l'Esecutivo della Conferenza dei Sindaci, ma non consente l'interessamento dei servizi territoriali pubblici e privati e dell'associazionismo.

Anche la difficoltà di conoscere anticipatamente l'ammontare delle risorse disponibili, oppure le regole gestionali (ad es. per il reperimento delle risorse umane o per le spese di investimento), ostacola i processi di programmazione a medio termine.

Il Piano di Zona registra talvolta mutamenti già intervenuti, ma conserva l'importante funzione di stabilire gli orientamenti programmatici, ossia la "cornice" di riferimento all'interno della quale adottare le scelte operative, anche impreviste, che di volta in volta si rendono necessarie.

DOMANDE PER INTERVISTA SEMI-STRUTTURATA AL CONSIGLIERE REGIONALE DR. C. SINIGAGLIA

- L'approvazione del nuovo PSSR 2012-2015 è un risultato rilevante per la Regione Veneto. Come giudica complessivamente il lavoro raggiunto?

Al Piano darei giudizio positivo anche se come forza politica abbiamo votato contro, in quanto si compone di linee guida che sono il primo tempo di una partita, mentre il secondo tempo sono le schede di dotazione ospedaliera e le schede territoriali dove si deciderà realmente la classificazione degli ospedali e la riorganizzazione del territorio e allora per motivi politici abbiamo votato contro però abbiamo sempre avuto atteggiamento costruttivo in quanto riteniamo che il diritto alla salute rimanga un diritto fondamentale che non si può discutere a colpi di maggioranza. Questo atteggiamento lo si vede in tante parti del Piano soprattutto sull'aspetto dell'integrazione non a caso abbiamo voluto salvare il modello socio-sanitario, garantirlo, con alcune scelte di fondo:

la delimitazione delle Ulss individuando un bacino ottimale di 200/300 mila abitanti per garantire l'integrazione socio-sanitaria con il rapporto Distretti e con i Comuni perché altrimenti c'era chi voleva l'Ulss provinciale ma senza aver discusso tutte le parti intermedie soprattutto con il territorio era una proposta campata per aria e quindi abbiamo preteso che l'ambito rimanesse più circoscritto, fermo restando che non siamo contrari ad una rivisitazione che deve essere pensata a livello più approfondito e complessivo, senza strafalcioni. Un conto è costruire grattacieli un conto è costruire bifamiliari, sono due logiche diverse e rapporti con il territorio diversi, e quindi abbiamo costruito bifamiliari e quindi 21 Ulss, 2 Az. Ospedaliera, Lo IOV, e l'integrazione con il territorio che è fondamentale.

La seconda parte fondamentale è il rapporto con il territorio, se uno legge il Piano vedrà che si va verso un potenziamento del territorio dalla medicina di base, il Distretto, le strutture intermedie, la rivisitazione delle schede ospedaliere che sono la vera novità del piano è la prima volta che ci sono nel Veneto ma anche a livello nazionale.

Quindi il giudizio è complessivamente positivo perché noi abbiamo questo modello legato alle ulss con la doppia ss Unità Locale Socio Sanitaria e siamo stati i primi in Italia e vogliamo conservare questo modello che ci premia come miglior qualità offerta ai cittadini rispetto alle altre regioni e i risultati sono eccellenti.

In questo ottica la risorsa più grande in termini di integrazione sono le strutture intermedie, le cooperative, le realtà del terzo settore che tanto hanno dato al Veneto in servizi e anche sviluppando innovazioni che danno lustro al sistema di welfare locale.

La parte dell'integrazione riguardante la sfera sociale è stata trascurata si è combattuto per scriverla in quanto si è data maggior attenzione e si è sviluppato maggiormente la parte sanitaria e il sociale rischiava di venire trascurato, è stato fatto un lavoro di recupero importante basti pensare che mancavano termini come welfare di Comunità, l'apporto del terzo settore, ma anche lo stesso concetto di piano di zona che non era, se non in maniera estemporanea, citato all'inizio era stato bypassato, siamo stati noi come forza politica che abbiamo combattuto perché in tutto quello che

riguardava l'integrazione socio-sanitaria venisse messo di forza nelle ultime sedute del Consiglio in quanto il sanitario continua a fare la parte del leone basti pensare che su 8 miliardi di finanziamenti 7,7 miliardi sono vincolati alla sanità.

- IL PSSR stabilisce nel primo capitolo gli elementi della cornice istituzionale, con l'obiettivo del mantenimento degli attuali standard qualitativi dell'assistenza socio-sanitaria regionale, e quindi la messa in atto di strategie in materia di organizzazione dei servizi, delle reti assistenziali e l'appropriatezza nell'uso delle risorse.
Quali secondo Lei gli approcci più corretti per un'Azienda Socio-Sanitaria rispetto a questi elementi e quindi quali priorità?

*Il piano anticipa alcune direttive del Piano Sanitario Nazionale, vedi la riduzione dei posti letto. Mancando la programmazione da anni è saltata l'omogeneità delle risposte, è seguita molta discrezionalità per cui molte scelte sono state anche il frutto di pressioni politiche per cui ci sono aree del Veneto che hanno avuto più risposte rispetto ad altre, Verona sicuramente ha goduto della vicinanza con l'Assessore alla Sanità che da sette anni è sempre di Verona e sempre della Lega per cui hanno portato una serie di risposte e finanziamenti che hanno arricchito quell'area, per cui è evidente che c'è una diversità che dobbiamo colmare come nel trasferimento delle quote capitarie ci sono Ulss che prendono 1800 euro e Ulss 1500 diversità che difficilmente si comprendono, ci sono ulss che sono state ripianate e hanno ricevuto tanto e Ulss che hanno ricevuto meno, a scapito dei servizi in quanto ciò ha portato a sviluppare servizi non omogenei in tutto il territorio regionale e idealmente il Piano vuole porre rimedio a questo con una serie di scelte:
la classificazione degli ospedali
la nuova costruzione di criteri di finanziamenti elaborati attraverso parametri di pesatura della popolazione*

- Il tema dell'integrazione socio-sanitaria conferma la strategia fondante del modello veneto: quali secondo Lei i nodi critici su cui sarà necessario che le Aziende dovranno intervenire maggiormente e soprattutto monitorare per evitare il non rispetto degli elementi suindicati?

*Primo nodo critico la funzione del direttore sociale che abbiamo salvato in quanto nella prima formulazione c'era la volontà di eliminare questa figura adesso invece si chiamerà direttore sociale e della funzione territoriale e quindi è a capo anche dei distretti e avrà il budget con i quali i distretti lavoreranno. I distretti sono stati riformulati in qualche modo: intanto avranno circa 100 mila abitanti di riferimento e poi ci sarà un direttore di distretto unico anche per più distretti e le Unità operative cure primarie, disabilità adulta, specialistica, cure palliative, saranno trasversali su più distretti.
E poi è quella delle continuità delle cure dell'assistenza, abbiamo inserito la presa in carico anche con l'introduzione della figura del case manager, quindi infermiere o assistente sociale potrebbe aver il compito di portare avanti il progetto individualizzato*

Altro nodo il ruolo degli MMG, con la copertura territoriale H24 e si punta alla medicina integrata di gruppo con una sede unica e ad avere in questa sede l'infermiere per l'assistenza domiciliare integrata, l'ass. soc. perché d'accordo con il comune per avere l'ass. domiciliare ma anche visite specialistiche o esami diagnostici come l'esempio delle "case della salute", la gente va dove sa che avrà risposte a diversi problemi in una sede unica.

Nodo continuità delle cure avranno un ruolo centrale le strutture intermedie ecco perché allora abbiamo ritenuto necessario che le schede ospedaliere siano contestuali alle schede territoriali 1,2/oo posti letto per strutture intermedie, ospedali di comunità, i centri per alzheimer, gli hospice.

Il Piano gioca su questo, riduce i posti letto per acuzie, potenziamento day surgery e week surgery, ma io riduco i posti letto in ospedale perché trovo una risposta appropriata nel territorio attraverso strutture che garantiscono la qualità dell'assistenza per il tempo di riacquisizione dell'autonomia (riabilitazione) o per riorganizzare la famiglia al cambiamento. È chiaro che il posto in ospedale costa 500 euro al giorno ma se vado in una struttura intermedia ne costa 150 ma è necessario mantenere e garantire la stessa qualità, qui si gioca il risparmio importante. Ecco perché le schede territoriali devono essere contestuali alle schede ospedaliere, in quanto se non lo fossero il territorio sarebbe considerato residuale rispetto all'ospedale.

Altro nodo il ruolo della Conferenza dei Sindaci nella programmazione come attore più vicino alla realtà del territorio e che deve essere interessata nei processi programmatori di ridefinizione ospedali e implementazione strutture intermedie, oltre a ciò è stata inserita nella valutazione delle direttori generali perché troppo spesso i Direttori Generali guardano a Venezia, a Zaia che li nomina e si dimenticano del territorio.

- Dal Suo privilegiato osservatorio come considera lo strumento di programmazione aziendale: Il Piano di Zona, come strumento di valutazione e di governo?

C'è da dire che le esperienze del piano di zona in alcune Ulss sono state positive in altre meno positive noi l'abbiamo riproposto perché è l'unico strumento attraverso il quale tutti i protagonisti si incontrano. L'incontro inter-istituzionale, è fondamentale per condividere un percorso, stabilire gli obiettivi, probabilmente però si sta troppo formalizzando e invece bisognerebbe snellirlo, abbiamo chiesto che annualmente ci siano momenti di verifica, per verificare azioni e definire obiettivi. Sicuramente il piano di zona ha portato degli effetti importanti e magari è stato anche oggetto di accordi politici per esempio abbiamo messo nel PSSR che anche per la realizzazione delle case di riposo ci sia l'ok da parte della regione altrimenti se ogni comune cercasse di portare a casa una sua casa di riposo, si arriverebbe ad una polverizzazione di strutture che non risponderebbero in maniera ottimale ed efficiente al bisogno e si evidenzerebbero costi troppo alti da sostenere. Anche se la Regione inciderà nella programmazione di zona noi riteniamo che il Piano di Zona sia fondamentale per garantire l'integrazione nel territorio, il welfare di comunità, la partecipazione e da questo punto di vista la difesa del ruolo del Direttore Sociale è stata fatta proprio perché garantisca i rapporti con i Sindaci, i rapporti

con il terzo settore, il rapporto con la comunità locale. È legato proprio a questo da una parte ai distretti dell'Az. Ulss e dall'altra alla elaborazione e predisposizione delle azioni del pdz.

Il Pdz rimane in primo luogo uno strumento di programmazione non solo dei servizi socio-sanitari esistenti ma anche innovativi sempre in equilibrio con le risorse disponibili, alcuni pdz non hanno fatto i conti con questo ed è per questo che la Regione ha deciso di intervenire nella programmazione. La troppa formalizzazione si verifica in quanto per anni la Regione ha richiesto la compilazione di schede valutative facevano lavorare tantissimo per niente e poi non servivano a niente e non davano ai comuni nessuna restituzione, ad esempio nella mia esperienza nel Comune di Padova impiegavamo moltissimo tempo a rispondere e compilare queste schede quasi intraducibili per poi a cosa sono servite non si sa.

Lo salviamo e il PSSR lo vede come strumento centrale però non nascondo che negli ultimi anni è stato vissuto come un peso piuttosto che come opportunità, e questo perché ci sono troppe carte da fare a discapito di un lavoro sui contenuti. Il ruolo degli uffici di Piano è importante, spesso sono collocati nelle ulss e i comuni non possono effettuare una corretta gestione, il comune quando non gestisce perde di vista e nel territorio purtroppo succede anche questo è vero che la regione costringe anche a delegare e questo è uno dei rischi che il sindaco e l'assessore perdano la capacità di capire dove si sta andando e quindi non eserciti più il ruolo che ti appartiene che è quello della gestione del territorio, deleghi ma non ne vieni espropriato questo significa che la titolarità continua ad essere tua, spesso la delega invece viene vissuta come esproprio un abbandono di competenze "tanto fa l'ulss". Esperienza Ulss 15 anche se di delega è una buona esperienza in quanto i comuni vengono interessati e partecipano attivamente alla vita organizzativa.

DOMANDE PER INTERVISTA SEMI-STRUTTURATA RESPONSABILI TECNICI E POLITICI DR. PADRIN

1. L'approvazione del nuovo PSSR 2012-2015 è un risultato rilevante per la Regione Veneto. Come giudica complessivamente il lavoro raggiunto?

Ottimo sotto molti punti di vista, prevede una programmazione sanitaria in grado di affrontare dei probabili tagli ai finanziamenti senza che vi sia una riduzione dei servizi ai cittadini. L'impostazione del Piano è stata condivisa bi-partisan.

2. I riferimenti di fondo sono il welfare state, il sistema integrato dei servizi. Quali sono gli aspetti migliorativi e innovativi e le criticità ancora aperte in ambito di integrazione socio-sanitaria del nuovo PSSR?

La creazione dei posti letto territoriali, nella misura del 1.2 per mille offrirà una risposta concreta a quelle situazioni nelle quali le fragilità sociali si confondono con criticità sanitarie. Un'area intermedia tra territorio ed ospedale che oggi trova risposte, quando ci sono, inappropriate rispetto ai bisogni.

3. Quali implicazioni organizzative ritiene che il nuovo PSSR apporterà nel sistema dei servizi socio-sanitari?

Ci sarà una prevalenza del territorio sulla visione ospedalocentrica della sanità e la nuova figura del direttore dei servizi sociale e del territorio avrà la piena e totale responsabilità di tutto quanto avviene fuori dall'ospedale. Vi sarà una presa in carico del cittadino sotto tutti i punti di vista.

4. In ambito di programmazione, quale ritiene possa essere l'approccio metodologico più adeguato perché gli strumenti di programmazione, nell'ottica della loro unificazione, previsti nel Piano, siano più aderenti alle esigenze del territorio e della società civile, oltre ad essere applicativi degli indirizzi regionali?

5. In particolare il Piano di Zona può esprimere la complessità della realtà socio-sanitaria oltreché ad essere strumento valido di valutazione e di verifica dei servizi?

Il Piano di Zona ha dimostrato in questi anni una profonda inadeguatezza rispetto ai bisogni dei cittadini e tra cittadini di usl diverse. Se si analizza la situazione dei servizi sociali degli ultimi 15 anni si può verificare che le aree meglio servite lo sono ancora di più mentre nelle altre la situazione è peggiorata. Questo vale anche per la non autosufficienza, le usl sopra parametro hanno aumentato il divario con quelle sottoparametro, rispetto alla media regionale.

In molti casi le decisioni dei sindaci si sono basate su mediazioni politiche o territoriali che nulla avevano a che fare con la distribuzione dei bisogni dei cittadini. Lo stesso vale per il costo dei servizi socio-sanitari che sono incredibilmente diversi tra usl e tra province.

BIBLIOGRAFIA

A. Battistella, U. De Ambrogio, E. Ranci Ortigosa (2004), *Il Piano di Zona*, Carocci ed., Roma.

D. Gregari, L. Gui (2012), *Povert : politiche e azioni per l'intervento sociale*, Carocci ed., Roma.

E. Borgonovi (2008), *Linee evolutive nei trenta anni di Servizio sanitario nazionale*, in *Mecosan. Management ed economia sanitaria*, n. 68, anno XVII

E. Borgonovi (2003), *Il ruolo della Regione nel sistema di tutela della salute secondo il modello federalista*, in *Mecosan – Management ed economia sanitaria*, n. 46, anno XII

G. Ma ciocco (2009), *Politica e sistemi sanitari*, Il Pensiero scientifico ed., Roma

P. Donati (1998), *Ripensare il welfare*, Franco Angeli, Milano.

R. Maggian (2001), *Il Sistema integrato dell'assistenza*, Carocci ed., Roma.

N. Stame (1998), *L'esperienza della valutazione*, SEAM, Roma.

U. De Ambrogio, T. Bertotti, F. Merlini (2007), *L'Assistente Sociale e la valutazione. Esperienze e strumenti*, Carocci ed., Roma.

U. De Ambrogio, S. Pasquinelli (2010) (a cura di), *Progettare nella frammentazione. Approcci, metodi e strumenti per il sociale*, I Quid n. 6, Milano.

U. De Ambrogio (a cura di) (2003), *Valutare gli interventi e le politiche sociali*, Carocci ed., Roma.

U. De Ambrogio (2008) (a cura di), *Piani di Zona tra innovazione e fragilit *, I Quid n. 1, Milano.

* A. Bruni, R. Fasol, S. Gherardi (2007), *L'Accesso ai servizi sanitari. Traiettorie, differenze, disuguaglianze*, Carocci ed., Roma

*G. Bertin (1989), *Decidere nel pubblico. Tecniche di decisione e valutazione nella gestione dei servizi pubblici*, Etas,

*G. Bissolo, L. Fazzi (a cura di) (2005), *Costruire l'integrazione Sociosanitaria*, Carocci ed., Roma.

* F. Olivetti Manoukian, G. Mazzoli, F. d'Angella (2003), *Cose (mai) viste*, Carocci ed., Roma.

RIFERIMENTI NORMATIVI

Legge 23 dicembre 1978 n. 833 “ Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale”

Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502: “Riordino della disciplina in materia sanitaria, la norma dell’art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421” e successive modificazioni;

Decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112: “Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle Regioni e agli Enti Locali”;

Decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 “Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419”

Legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3: “Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione”;

Legge 8 novembre 2000, n. 328: “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”;

L.R. 15 dicembre 1982, n. 55 :”Norme per l’esercizio delle funzioni in materia di assistenza sociale”;

L.R. 14 settembre 1994, n. 56: “Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del D.Lgs. 502/92”;

L.R. 3 febbraio 1996, n. 5: “Piano Socio-Sanitario regionale per il triennio 1996/1998”;

L.R. 13 aprile 2001, n. 11: “Conferimento di funzioni e compiti amministrativi alle autonomie locali in attuazione del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112”;

Allegato A Deliberazione Giunta Regionale del Veneto del 26 gennaio 2010 n. 157 ad oggetto “Linee guida per la predisposizione dei Piani di Zona”

Allegato A Deliberazione Giunta Regionale del Veneto del 3 agosto 2010 n. 2082 ad oggetto “Documento regionale di indirizzo per la programmazione di zona 2011 – 2015”

Allegato B Deliberazione Giunta Regionale del Veneto del 3 agosto 2010 n. 2082 ad oggetto “Indicazioni per la stesura del documento: Piano di Zona 2011 – 2015”

L.R. 29 giugno 2012 n. 23 “Norme in materia di programmazione socio-sanitaria e approvazione del Piano Socio Sanitario Regionale 2012 – 2016”