

politiche  
sociali  
studi e ricerche

# Verso differenti sistemi sanitari regionali

a cura di  
Giovanni Bertin e Costantino Cipolla



**Edizioni**  
Ca' Foscari

---

politiche  
sociali  
studi e ricerche

---

---

## Politiche sociali: studi e ricerche

Collana scientifica del Centro di Ricerca sulle Politiche Sociali (CPS)  
Dipartimento di Economia  
Università Ca' Foscari Venezia

Direttore  
STEFANO CAMPOSTRINI

Comitato Scientifico  
LUIGI BENVENUTI  
GIOVANNI BERTIN  
SILVIO GIOVE  
FABRIZIO PANOZZO  
DINO RIZZI  
GAETANO ZILIOGRANDI  
ALEX ROBERTSON, Edinburgh University, Scotland  
DAVID MCQUEEN, Emory University, Atlanta, USA

### Volume 2. Verso differenti sistemi sanitari

Gruppo di ricerca  
Referenti AGENAS  
Angela Angelastro, AGENAS  
Giovanni Caracci, AGENAS

Coordinatore della ricerca  
GIOVANNI BERTIN, Università Ca' Foscari, Venezia

Comitato scientifico  
COSTANTINO CIPOLLA, Università di Bologna  
FOSCO FOGLIETTA, Presidente cup2000  
FRANCO TONIOLO, Veneto formss

Ricercatori  
ALESSIA BERTOLAZZI, Università di Macerata  
CARMINE CLEMENTE, Università di Bari  
NICOLETTA PAVESI, Università Cattolica di Milano  
ALBERTO ARDISSONE, Università di Bologna  
FAUSTA MARTINO, Università di Bologna  
MICHELE MARZULLI, Università Cattolica di Milano  
ELENA MENEGAZZI, Università di Verona

Un ringraziamento a tutti i ricercatori, ed agli altri colleghi che hanno accettato di discutere con noi i risultati della ricerca, in particolare a: Franco Di Stanislao, Gianfranco Damiani, Cinzia Brunello, Roberto Lala.

---

---

## Verso differenti sistemi sanitari regionali

A cura di  
Giovanni Bertin e Costantino Cipolla



**Edizioni**  
Ca' Foscari

---

---

© 2013 Edizioni Ca' Foscari - Digital Publishing

Università Ca' Foscari Venezia  
Dorsoduro 1686  
30123 Venezia

[edizionicafoscari.unive.it](http://edizionicafoscari.unive.it)

Stampato nel mese di ottobre del 2013  
da Logo s.r.l., Borgoricco (PD)

ISBN 978-88-97735-34-2

---

---

|     |  |
|-----|--|
| 7   | Introduzione   |
| 11  | Il ruolo di AGENAS nella riflessione sui processi di trasformazione dei sistemi socio-sanitari nelle Regioni italiane<br>FULVIO MOIRANO, ANGELA ANGELASTRO, GIOVANNI CARACCI |
| 25  | I sistemi sanitari regionali: una proposta di classificazione<br>GIOVANNI BERTIN   |
| 52  | Elementi di complessità e criticità della governance regionale<br>MICHELE MARZULLI   |
| 78  | Attori e processi di governance nelle aziende sanitarie<br>ELENA MENEGAZZI   |
| 118 | Le forme organizzative dei distretti nella sanità territoriale<br>CARMINE CLEMENTE   |
| 165 | Le cure primarie: organizzazione, erogazione, attori<br>ALBERTO ARDISSONE, FAUSTA MARTINO  |
| 204 | L'associazionismo medico come leva di cambiamento per le cure primarie<br>ALESSIA BERTOLAZZI   |
| 234 | Le ICT e la medicina territoriale.<br>Spunti di riflessione a partire da alcune esperienze regionali<br>NICOLETTA PAVESI   |
| 259 | La centralità del territorio: i nodi del cambiamento<br>GIOVANNI BERTIN, COSTANTINO CIPOLLA  |
| 270 | <i>Abstracts</i>   |

---

---

Il Progetto *I processi di trasformazione dei sistemi socio-sanitari nelle regioni italiane* è stato finanziato dal Ministero della Salute nell'ambito del Programma di Ricerca Corrente 2010 ex artt. 12 e 12bis d.lgs. 502/92 e ss.mm.ii.

---

---

## Introduzione

Il nuovo secolo si è aperto con l'avvio di un processo di profonda trasformazione sociale ed economica. L'attuale fase ha evidenziato fattori di cambiamento che stanno interessando tutti gli aspetti della vita sociale che influenzano la salute e la qualità della vita affermatasi nelle società moderne dei paesi occidentali.

Il cambiamento nella struttura demografica della popolazione, caratterizzato dal processo di progressivo invecchiamento della popolazione; l'aumento della cronicità nelle malattie; i cambiamenti nelle dinamiche e nelle forme in cui si articola la vita dei mondi vitali, con la crisi dell'idea di cicli di vita caratterizzati da bisogni specifici e peculiari; i cambiamenti nei sistemi di produzione e nel mercato del lavoro con la richiesta di processi più flessibili e con la crisi del mercato finanziario; la globalizzazione che ha attivato processi migratori ed il confronto-scontro fra culture; la velocità e liquidità del processo di cambiamento, sono tutti elementi che possiamo considerare cause che hanno contribuito alla modificazione della domanda di cura e di intervento da parte dei sistemi sanitari presenti nelle singole nazioni. Queste dinamiche sociali si stanno intrecciando con le difficoltà interne ai sistemi sanitari. La crisi economica e finanziaria che riduce le disponibilità di risorse; la pressione di un consumerismo sanitario che ha attivato un processo di aumento continuo delle domanda e ridotto il protagonismo degli individui nella gestione della propria salute; l'affermarsi di procedure burocratiche che svuotano il contenuto professionale del lavoro di cura; la insufficiente capacità dei sistemi sanitari di riduzione delle disuguaglianze di salute, sono fattori che contribuiscono a porre il problema della necessità di ripensare ai sistemi sanitari e socio-sanitari per renderli più coerenti con le caratteristiche della società post moderna e con la domanda di salute che la caratterizza.

Il percorso di cambiamento attivato da quasi tutti i sistemi sanitari dei paesi occidentali deve riuscire a porre al centro dei processi di produzione della salute alcuni elementi fondamentali, quali:

---



- lo spostamento dall'ospedale al territorio. Il prevalere di malattie croniche e degenerative pone il problema della gestione di patologie e condizioni di disagio che devono essere accettate e gestite dalle singole persone. Nel proprio corso di vita le persone incontrano eventi critici, come l'insorgenza della malattia, e devono ridefinire la loro identità per convivere con tali cambiamenti. In questa prospettiva, il compito del sistema di cura è supportare la gestione della cronicità e la costruzione delle condizioni che possono ridurre il disagio sociale che vi si accompagna;
- la prevenzione e promozione della salute. L'attivazione di processi di prevenzione, basati sulla promozione di stili di vita sani deve diventare il fulcro del sistema sanitario e non l'evento residuale al quale dedicare poche risorse ricavate dalle pieghe (sempre più strette) dei bilanci delle aziende sanitarie;
- l'integrazione delle politiche. La salute non può, infatti, essere solo un ambito d'intervento delle politiche tese ad affrontare la malattia, ma deve diventare il fulcro del processo di sviluppo delle politiche pubbliche che intendono migliorare la qualità della vita di una popolazione.

Il processo di transizione che attende i sistemi sanitari è sicuramente complesso e si dovrà confrontare con le culture operative, le identità professionali, le aspettative della popolazione e le dinamiche politiche che si sono sedimentate nella fase di crescita dei sistemi di welfare in tutti i paesi occidentali. Per altro si tratta di un processo di cambiamento in atto e che vede nelle realtà locali gradi diversi di sviluppo ed esperienze che stanno sperimentando percorsi diversi e affrontando in modo originale le resistenze al cambiamento che tali percorsi fanno emergere. La ricerca che viene qui presentata ha cercato di fare il punto sui processi di trasformazione del sistema sanitario nazionale per evidenziarne omogeneità e differenziazioni regionali e far emergere le esperienze di innovazione che si stanno manifestando nei singoli contesti locali.

In questo libro si presentano i risultati della ricerca: «*I processi di trasformazione dei sistemi socio-sanitari nelle regioni italiane*». Questa ricerca è stata finanziata dal Ministero della salute ad AGENAS che l'ha gestita in collaborazione con l'Università Ca' Foscari di Venezia. Il lavoro si è articolato in due parti. La prima parte è stata dedicata all'analisi dell'omogeneità dei sistemi sanitari che si sono sviluppati nelle singole regioni italiane. Questa analisi è stata condotta comparando una batteria di indicatori relativi alla natura pubblica o privata dei finanziamenti e delle organizzazioni che erogano i servizi sanitari, alla diffusione dell'offerta e ai processi di governance. Le informazioni raccolte sono state elaborate per trovare una tipologia dei sistemi regionali. La seconda

parte della ricerca si è basata sulla costruzione di cinque monografie delle quattro regioni che presentavano sistemi di welfare più evoluti e di una regione con un welfare più critico ma con processi innovativi in corso. Questa parte della ricerca ha perseguito l'obiettivo di ricostruire il sistema cure primarie e ha evidenziato i processi innovativi in corso. La ricostruzione dei casi si è basata sull'analisi documentale e sitografica e sulla somministrazione di interviste in profondità agli attori delle politiche sanitarie regionali e locali..

L'elaborazione dei dati, e la stesura dei report di ricerca si è svolta lungo due fasi, quali:

- la ricostruzione delle monografie regionali;
- la lettura trasversale delle situazioni emerse dall'indagine sulle regioni. Questa parte del lavoro si è svolta in riferimento agli aspetti che meglio rappresentano i processi in atto e le tendenze emergenti in relazione allo spostamento dei processi di cura verso il territorio. Una sezione della ricerca, in questa lettura trasversale, ha permesso di far emergere buone prassi e innovazioni nei distretti rispetto alla cura del diabete, ecc.

Il libro presenta la rielaborazione dei dati di ricerca relativamente ad alcune tematiche centrali per la comprensione del processo di cambiamento in atto. In particolare:

- Bertin ha sviluppato una comparazione dei sistemi regionali di welfare cercando di evidenziarne le differenze e le specificità. Questa parte della ricerca propone una classificazione dei sistemi sanitari regionali;
- Marzulli analizza le dinamiche della governance regionale evidenziandone le complessità, le diverse forme assunte ed i processi che caratterizzano l'attuale fase di passaggio da un modello di regolazione di tipo gerarchico all'affermarsi della retorica della rete;
- Menegazzi affronta il problema della governance dal punto di vista delle dinamiche interne alle aziende sanitarie locali. L'attenzione è posta sui processi multilivello, sulle forme assunte dalla direzione strategica e sulle dinamiche di integrazione con gli altri attori delle politiche locali;
- Clemente focalizza la sua attenzione sui distretti e sulle modalità di distrettualizzazione sviluppatasi nelle singole realtà regionali. L'autore ha evidenziato le forme assunte dalle strutture organizzative dei sistemi sanitari territoriali, ed i processi consolidatisi relativamente alle decisioni strategiche e a quelle operative;
- Ardisson e Martino hanno affrontato il problema dalle cure primarie. Questo aspetto risulta centrale nel processo di cambiamen-

- to dei sistemi sanitari. La loro analisi mette a fuoco le caratteristiche dei processi organizzativi, le forme e le dinamiche operative che caratterizzano l'erogazione dei servizi e le dinamiche fra gli attori del processo di cura;
- Bertolazzi si occupa di analizzare l'associazionismo medico. In questo caso l'attenzione è posta sui processi innovativi che spingono verso una logica di gestione delle cure primarie basata sulla costruzione di servizi complessi, in sostituzione di quelli di tipo individualistico-professionale che hanno caratterizzato la fase di consolidamento dei sistemi sanitari locali. La prospettiva comparativa consente di far emergere le specificità dei contesti regionali e le innovazioni in atto;
  - Pavesi propone un tema di riflessioni destinato a diventare centrale nel processo di sviluppo dei sistemi territoriali. Lo spostamento dei sistemi verso il territorio pone con forza la necessità di sviluppare i processi di integrazione dell'azione dei diversi attori coinvolti nel processo di cura. La complessità di questo processo richiede l'attivazione di flussi informativi e di condivisione delle informazioni anche con i cittadini.

Infine, Bertin e Cipolla, nelle loro conclusioni, propongono alcuni temi che devono diventare centrali nell'agenda del cambiamento. In particolare richiamano l'attenzione su: la necessità di attivare processi di costruzione di senso fra gli attori per costruire strutture cognitive condivise; l'importanza di attivare processi di confronto che consentano di costruire un processo di ridefinizione delle identità relative ai nuovi ruoli professionali e di sviluppare una legittimazione reciproca fra gli attori del sistema; la necessità di ridefinizione delle dinamiche della governance per renderle coerenti con la cultura della rete che caratterizza i processi strategici territoriali; le potenzialità poste dalla *web society* che configurano condizioni e opportunità che possono contribuire a sostenere le dinamiche della rete.

---

## Il ruolo di AGENAS nella riflessione sui processi di trasformazione dei sistemi socio-sanitari nelle Regioni italiane

A cura di Fulvio Moirano\*, Angela Angelastro\*\*, Giovanni Caracci\*\*\*

Dicesi problema sociale la necessità di trovare un equilibrio tra l'evidente uguaglianza degli uomini e la loro evidente disuguaglianza  
N. GOMEZ DAVILA

### *Premessa*

Le più recenti riflessioni sugli aspetti di governance dei sistemi sollecitano l'attenzione nei confronti della discrasia che si presenta sovente tra i sistemi sanitari e i sistemi di welfare. In particolare, quella che si evidenzia a partire dalla seconda metà dello scorso secolo è una trasformazione critica dei sistemi di welfare europei, dalla quale si è generata la necessità di ridefinire i sistemi stessi alla luce del bisogno complessivo di rispondere agli effetti della spirale espansiva cui sono soggetti. Inoltre, da più parti è venuta l'esigenza di spostare il governo delle politiche sanitarie e socio-sanitarie dagli organi centrali alle amministrazioni periferiche dello Stato.

Questo genere di cambiamenti hanno finito per innescare un processo di diversificazione sempre più evidente.

In una simile cornice socio-politica, del resto, il rischio di frammentazione rappresenta l'altra faccia del processo - si potrebbe parlare di faccia problematica - in quanto tale frammentazione violerebbe i principi di inclusione e sostenibilità sociali che guidano le indicazioni e le scelte, sia a livello internazionale che nazionale.

\* Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), Direttore generale.

\*\* Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), Ricercatrice Sezione Qualità e Accreditamento, Psicologa sociale.

\*\*\* Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), Dirigente Sezione Qualità e Accreditamento.

Assume, dunque, senso e attualità il tentativo avviato di identificare i processi di trasformazione dei sistemi socio-sanitari nelle Regioni italiane e le strategie adottate al fine di coniugare i processi di diversificazione con i principi di integrazione ed inclusione.

In questo ambito, il ruolo che l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) è essenzialmente quello sintetizzato nella sua funzione di organo tecnico-scientifico del Servizio Sanitario Nazionale, che svolge attività di ricerca e di supporto nei confronti del Ministero della salute, delle Regioni e delle Province Autonome di Bolzano e di Trento (Legge finanziaria 2008) e dalla propria *mission* di supporto alle politiche per la salute condivise.

In questi anni, AGENAS ha maturato una preziosa esperienza attraverso la collaborazione con le Regioni e le Province Autonome sul tema dell'*empowerment* e delle prassi di inclusione e sostenibilità nella risposta ai bisogni di salute.

In questa sede, tale esperienza sarà illustrata facendo anche riferimento ad alcune interessanti esperienze di ricerca. Inoltre, sarà presentata la cornice metodologica nell'ambito della quale è stato realizzato il progetto di ricerca «I processi di trasformazione dei sistemi socio-sanitari nelle regioni italiane», che ha creato l'occasione di approfondimento che caratterizza questo volume. E saranno, infine, sintetizzati alcuni elementi di riflessione emersi dal lavoro di ricerca sin qui condotto.

### *1. Il contesto: sostenibilità dei sistemi ed empowerment*

La riflessione sui processi di trasformazione dei sistemi di welfare nelle Regioni italiane si caratterizza per una particolare attenzione alla relazione tra welfare e sanità. In entrambi gli ambiti, sia a livello internazionale che nazionale, ricorrono i richiami alla sostenibilità dei sistemi.

In occasione dell'incontro sul tema «Happiness and Well-being: Defining a New Economic Paradigm», tenutosi a New York presso le Nazioni Unite, il 2 aprile scorso, il Segretario Generale Ban Ki-moon ha ribadito l'importanza di un impegno internazionale orientato ad uno sviluppo sostenibile. Lo ha fatto attraverso un ampio e diffuso riferimento al rapporto dell'High Level Panel on Global Sustainability, pubblicato agli inizi del 2013 con il titolo «Resilient People, Resilient Planet: A future worth choosing» (UNITED NATIONS 2012).

Dal rapporto e dalle raccomandazioni che ne costituiscono il nucleo centrale, emerge il bisogno della comunità internazionale di costruire una nuova politica economica basata sulla sostenibilità. Tra le raccomandazioni, una in particolare fa riferimento all'esigenza di stabilire

il cosiddetto Indice per lo Sviluppo Sostenibile o, comunque, un set di indicatori in grado di fornire la misurazione dei progressi verso società sostenibili.

In Italia, proprio nelle scorse settimane l'ISTAT ha pubblicato il Rapporto BES «Benessere Equo e Sostenibile» (ISTAT 2013). Il progetto è nato da un'iniziativa del CNEL e dell'ISTAT; e si inquadra nel dibattito internazionale sul cosiddetto superamento del PIL, stimolato dalla convinzione che i parametri in base ai quali si valuta il progresso di una società debbano caratterizzarsi anche attraverso elementi legati alla dimensione sociale e ambientale, corredati da misure di diseguaglianza e sostenibilità.

A livello regionale, in contesti di grande valore accademico, sono in corso approfondimenti che pure si orientano verso la costruzione di una prospettiva di sostenibilità dei sistemi, con una particolare attenzione al welfare ed alla sanità. Questo è il caso del Progetto «Oltre il PIL», cui prende parte tra gli altri anche l'Università Ca' Foscari di Venezia<sup>1</sup>. Anche in questo caso, l'obiettivo è quello di valutare il benessere sociale qualitativo, attraverso quelle che sono le priorità dei cittadini e ricorrendo ad un approccio multidimensionale che tenga conto della sostenibilità come priorità programmatica.

Gli effetti del contesto economico sul benessere delle persone, del resto, sono un tema diffusamente esplorato. Di recente pubblicazione è la ricerca realizzata da Costa et al. (2012), tesa a stimare le conseguenze dell'attuale crisi economica italiana sulla salute e sulle disuguaglianze sociali.

In questo quadro, l'attenzione è per le implicazioni connesse alla dimensione di comunità, intesa nel senso di un lavorare comune, del partecipare sia alla definizione dei bisogni che alla costruzione della soddisfazione di quei bisogni (in particolare, dei bisogni di salute).

La Dichiarazione di Jakarta (OMS 1997) già si soffermava sugli aspetti di partecipazione del cittadino alla dimensione di comunità, esprimendoli in termini di *empowerment*: affermava la relazione tra sostenibilità ed *empowerment* di comunità; e intendeva la promozione della salute come strettamente legata alla responsabilizzazione ed alla partecipazione dei cittadini e della comunità.

Tutte queste indicazioni si configurano in modo da rendere evidente la necessità di riflettere sui processi di trasformazione in sanità ogni volta che si è interessati ai processi di trasformazione che percorrono i sistemi di welfare.

---

1. [www.oltreilpil.int](http://www.oltreilpil.int)

## 2. Il ruolo di Agenas nella riflessione su sostenibilità ed empowerment

Negli ultimi anni, anche AGENAS si sta interrogando sulle possibili strade da percorrere nell'ambito di questa riflessione e, ancora una volta, gli aspetti che emergono preponderanti sono quelli della equità e della sostenibilità - oltre che, naturalmente, della qualità (CARACCI ET AL 2012).

L'AGENAS, all'interno del Servizio Sanitario Nazionale, fornisce un supporto tecnico e scientifico alla definizione di politiche per la salute, condivise da Stato e Regioni. La Conferenza Stato-Regioni ha assegnato all'AGENAS alcuni indirizzi di attività considerati fondamentali per la trasformazione della Sanità, nell'ottica di un miglioramento della qualità (DONABEDIAN 1998) e di una garanzia di sicurezza per i pazienti.

Nella prospettiva dell'approfondimento che si sta conducendo in questa sede, l'interesse è in particolare per il tema della promozione dell'*empowerment* del cittadino, attività che trova la sua rilevanza già nelle indicazioni che l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) forniva in occasione della Dichiarazione di Alma Ata (OMS 1978).

In particolare, con la Dichiarazione di Alma Ata, l'OMS invitava i Paesi membri ad assumere responsabilità rispetto alla promozione dell'*empowerment*, riconoscendone l'importanza rispetto a equità, qualità e sostenibilità dei sistemi sanitari (segnatamente dei sistemi sanitari di tipo universalistico).

Nell'ambito della *mission* affidata ad AGENAS, a partire dalle indicazioni della Conferenza Unificata del 20-09-2007, l'attività di promozione dell'*empowerment* (WALLERSTEIN 2006) si è caratterizzata per un ruolo di supporto alle Regioni ed alle Province Autonome nella pianificazione, gestione e valutazione dei processi di *empowerment*.

Tra i riferimenti teorico-metodologici adottati, risulta interessante quello dell'*Empowerment evaluation* (FETTERMAN 2001), inteso come utilizzo di concetti e metodi e risultati della valutazione per promuovere il miglioramento e l'autodeterminazione. Nei suoi approfondimenti sull'*Empowerment evaluation*, Fetterman focalizza alcuni principi di riferimento (FETTERMAN, WANDERSMAN 2007), che sembrano essere in sintonia con le attuali riflessioni sui modelli di welfare e sulle evoluzioni in corso e sui processi di trasformazione dei sistemi socio-sanitari.

AGENAS ha realizzato il proprio mandato rispetto alla promozione dell'*empowerment* del cittadino, avviando un programma nazionale per promuovere la diffusione un modello di intervento e miglioramento: «Il ciclo delle buone pratiche per l'*empowerment*» (CBPE, vedi Fig. 1). Ispirato ai principi del *knowledge network* (NONAKA, TAKEUCHI 1995) ed alle teorie della diffusione delle innovazioni, il CBPE è costituito da una serie

di azioni ricorsive, che vanno dal Condividere valori, modelli e strumenti, al Rilevare esperienze significative, al Trasferire saperi per Promuovere azioni. Il CBPE rappresenta un modo per seguire le trasformazioni assumendo una posizione partecipativa, che permetta di cogliere gli elementi di innovazione della conoscenza. Attraverso il CBPE è stato possibile entrare in contatto con numerose esperienze innovative all'interno dei diversi sistemi sanitari regionali, e di approfondire tali esperienze anche alla luce del contesto socio-politico (e, dunque, del sistema di welfare) nel quale esse avevano preso forma.



Fig. 1 - Il ciclo delle buone pratiche per l'empowerment

L'esperienza del CBPE ha permesso, in alcuni casi, anche di riflettere sulla dimensione del socio-sanitario, nell'ambito del quale viene in figura l'esigenza di coniugare la progressiva diversificazione, conseguente ai processi di trasformazione di welfare e sanità, con le caratteristiche di sostenibilità ed inclusività richieste ai sistemi.

Il Servizio Sanitario Nazionale vive un continuo processo di rimodellazione, sia nei suoi aspetti normativi che per i suoi assetti organizzativi, con la conseguente richiesta di adattamento da parte di ciascuna unità e dell'intera organizzazione (DI STANISLAO ET AL. 2011). Le coordinate



che sembrerebbero permettere l'orientamento in un contesto così complessificato - e, peraltro, collocato a sua volta nell'ambito di un altro sistema sempre più multiforme e soggetto a cambiamenti, quale è quello del welfare - sono quelle della continuità della presa in carico e della integrazione.

Un interessante esempio delle strategie di adattamento alle evoluzioni in corso, a tal proposito, sembra essere l'area dei servizi per la salute mentale.

Il panorama nel quale prendono forma sia la riflessione che la progettualità nell'organizzazione dei servizi sanitari per la salute mentale è fotografato dall'affermazione: «Non esiste salute senza salute mentale». Lo hanno affermato l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS 2005) e l'Unione Europea (UNIONE EUROPEA 2005), nel 2005; e lo ha sostenuto il Ministero della Salute italiano nelle sue linee d'indirizzo nazionali (MINISTERO DELLA SALUTE 2008).

Le azioni istituzionali avviate intendono raggiungere alcuni obiettivi fondamentali: la volontarietà dei trattamenti, la deistituzionalizzazione e il coinvolgimento dei servizi territoriali, la prevenzione e la promozione della salute mentale, l'inclusione sociale.

L'inclusione sociale, in particolare, rappresenta altresì uno dei dieci principi considerati fondamentali nel modello di *Empowerment evaluation* (FETTERMAN, WANDERSMAN 2007): tale principio si declina nei termini del coinvolgimento di tutti i portatori di interesse; e porta con sé gli aspetti che sono definiti con la cosiddetta *community ownership*, in base alla quale la comunità tutta è responsabile per la pianificazione, implementazione e valutazione dell'intervento (FETTERMAN, WANDERSMAN 2005).

La risposta agli obiettivi proposti a livello istituzionale richiede un'attenzione ai modelli organizzativi adottati; e, nell'ambito del CBPE, un esempio interessante a livello nazionale è quello del Modello UFE - Utenti Familiari Esperti, realizzato dalla Provincia Autonoma di Trento, costruito all'interno del servizio di salute mentale della ASL e ispirato dall'approccio del fare assieme.<sup>2</sup>

Il modello UFE rappresenta un'esperienza innovativa, che si fonda sul sapere esperienziale dei pazienti e familiari: consiste in

Una nuova formula di intervento sul disagio mentale e di promozione della salute nei luoghi di cura, nell'integrazione socio sanitaria e nella comunità, che prevede che utenti e familiari siano messi in condizione di svolgere in modo strutturato e continuativo attività e fornire prestazioni riconosciute in diverse aree del Dipartimento di salute mentale. Questi nuovi esperti traggono dalla malattia e dal loro percorso di cura consapevolezza di un sapere esperienziale

---

2. [www.fareassieme.it](http://www.fareassieme.it)

e sviluppano la capacità di trasmetterlo. La loro competenza si differenzia da quella degli operatori in quanto esperti per esperienza anziché per professione, integrandosi in modo complementare. (CARACCI ET AL. 2013a, p. 53-54)

Il modello degli UFE rappresenta un'azione di miglioramento della qualità dei servizi, che si caratterizza per il coinvolgimento dei cittadini/utenti in tutti i livelli ed ambiti in cui si articola il percorso di cura previsto dal Servizio di salute mentale. In questo modo, si realizza un interessante esempio di promozione dell'*empowerment* organizzativo (di cui si è promosso il trasferimento in altri contesti regionali).

### 3. Valutare i modelli per migliorare i sistemi: una prospettiva nazionale

L'attenzione per le prassi, è evidente, permette di seguire l'evoluzione e le trasformazioni dei sistemi. Queste trasformazioni sono rappresentate da modelli organizzativi che le sintetizzano - e nei quali le prassi si esprimono. A proposito dei modelli, George E.P. Box faceva una interessante affermazione: egli riteneva che tutti i modelli sono sbagliati, ma alcuni sono utili.

L'utilità dei modelli è riconoscibile laddove si realizzi una loro valutazione (in termini di *performance*, di qualità, di sostenibilità).

A livello nazionale, al fine di adempiere al mandato assegnato dalla Conferenza Unificata Stato-Regioni<sup>3</sup> in ordine allo sviluppo di competenze e di attività per il monitoraggio delle variabili di qualità, efficienza ed equità del Servizio sanitario, in collaborazione con il Ministero della Salute, negli ultimi anni AGENAS ha realizzato specifiche attività di ricerca che hanno coinvolto le Regioni/PA e molti soggetti portatori d'interesse per la definizione dei criteri di valutazione e degli indicatori (DI STANISLAO ET AL. 2013). Questo complesso di attività e relazioni è finalizzato alla promozione di un Quadro di valutazione nazionale per il miglioramento della qualità dei servizi sanitari (DI STANISLAO, CARINCI 2012) (Fig. 2), attraverso il quale si intende esplorare la capacità dei sistemi sanitari di garantire la salute degli individui, il loro coinvolgimento nei sistemi attraverso molteplici forme di promozione della partecipazione, il corretto uso delle risorse economico-finanziarie disponibili e la realizzazione di attività di contrasto ad ogni forma di disuguaglianza sociale nell'accesso ai servizi di salute.

---

3. Deliberazione Conferenza Unificata del 20-09-2007 Rep. Atto n. 73/CU.

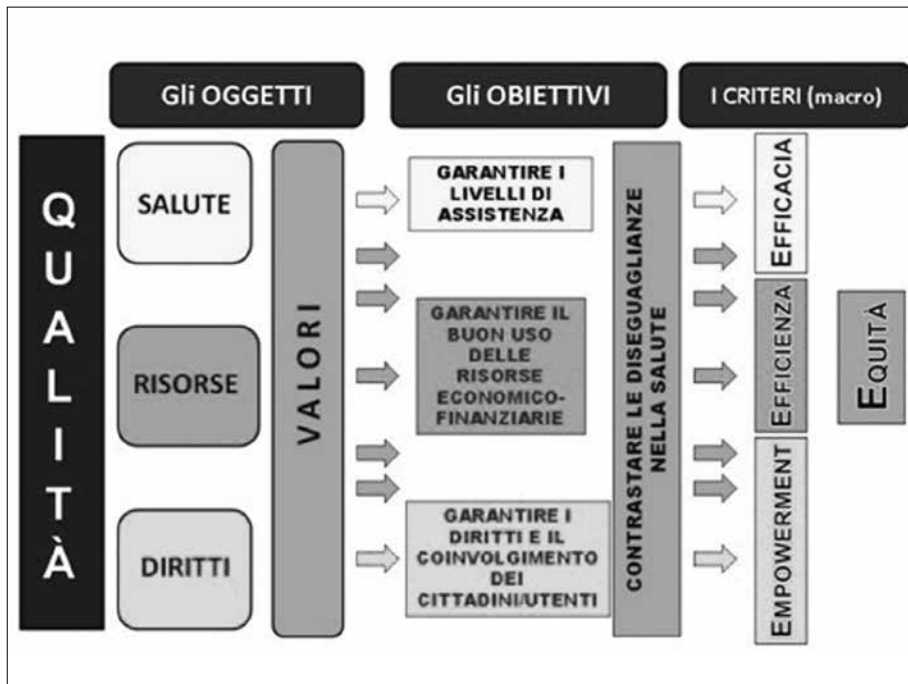


Fig. 2 - Quadro nazionale di valutazione

La cornice di riferimento è quella che fornisce l'Organizzazione mondiale della sanità a proposito delle priorità in tema di salute (BENGOA ET AL. 2006), riassumibili in alcuni temi-chiave che ben si intersecano all'interno del modello di valutazione proposto: l'efficacia (in cui sono ricompresi l'accessibilità, la sicurezza e la valutazione degli esiti), l'efficienza, l'*empowerment* e l'equità (DI STANISLAO ET AL. 2013).

Dal punto di vista metodologico, il Quadro di valutazione procede a partire da indicatori ricavati dai dati delle schede di dimissione ospedaliera (SDO), che riferiscono su efficacia ed efficienza; e si muove nella direzione della definizione di indicatori di *empowerment*, costruiti e rilevati attraverso la partecipazione dei cittadini al monitoraggio della qualità dell'assistenza ospedaliera (DI STANISLAO ET AL. 2013).

Negli ultimi anni, d'altra parte, l'evoluzione del profilo epidemiologico e la prevalenza della malattia cronica, insieme ad un quadro di morbilità che richiede peculiari strategie di gestione della cronicità lungo tutto il corso della vita della persona (CARRADORI ET AL. 2010), sollecitano una particolare attenzione alle strategie adottate in risposta ai bisogni di

salute, strategie che tengano conto anche delle esigenze di efficienza economica espresse dai differenti contesti regionali. Ancora una volta, in riferimento all'obiettivo di coniugare gli aspetti di autonomia regionale con la coerenza di sistema ed in sintonia con il mandato della Conferenza Unificata Stato-Regioni, AGENAS fornisce il suo contributo tecnico-scientifico in supporto alle Regioni in piano di rientro. Tale contributo si sostanzia in una proposta di riorganizzazione e riqualificazione dell'assistenza sanitaria e si declina attraverso l'intervento sui tre principali aspetti della rete dell'offerta sanitaria: l'emergenza-urgenza, l'ospedaliera e la territoriale (GULLSTRAND 2011; MOIRANO, 2011).

La proposta di riflessione e riorganizzazione dell'offerta sanitaria, secondo il modello di rete, nelle Regioni definite in piano di rientro, nasce a partire da un'analisi dell'appropriatezza dei contatti di cura oltre che da una riflessione sulla realizzazione dei percorsi di cura (GULLSTRAND 2011). Tale proposta è orientata al raggiungimento degli obiettivi individuati, appunto, nell'ambito dei Piani di rientro.

Come è evidente, la possibilità di verificare il raggiungimento di obiettivi (di qualità, efficacia, appropriatezza, efficienza, equità) è connessa strettamente al tema della valutazione.

Valutare le reti in Sanità richiede l'impiego di un'attenzione focalizzata su molteplici livelli, dagli aspetti sanitari ed economici ai cambiamenti culturali, dalle trasformazioni a carico dei ruoli professionisti ai cambiamenti organizzativi conseguenti alla rimodulazione dell'organizzazione nel suo complesso (BRAVI ET AL. 2012a; BRAVI ET AL. 2012b).

Un tale approccio permette di guardare con crescente efficacia agli aspetti relativi ad un complessivo miglioramento dell'integrazione di cure e servizi ed alla realizzazione della continuità di cura (ANGELASTRO 2013). Questi aspetti sono considerati prioritari nell'ambito di indicazioni, espresse al livello delle istituzioni centrali, in ordine all'assistenza territoriale ed alle forme organizzative realizzate per le cure primarie, dunque delle caratterizzazioni ed innovazioni regionali attraverso le quali il territorio risponde in modo organizzato ed efficace alle esigenze di salute.

In questa prospettiva cresce l'interesse per la possibilità di riflettere sulla dimensione valutativa anche in ambito socio-sanitario.

In ogni caso, qualunque forma di valutazione si intenda avviare, risulta evidente il fatto che, per farlo, non si possa prescindere da una esigenza di definizione del contesto nel quale funzioni e modelli organizzativi prendono forma. Ed è anche su questa esigenza che poggia la scelta di avviare l'approfondimento sui processi di trasformazione dei sistemi socio-sanitari nelle Regioni italiane, progetto che sarà descritto nei suoi aspetti principali nei paragrafi che seguono.

#### *4. Leggere i modelli per riconoscere i processi di trasformazione in ambito socio-sanitario*

In questa sede, si ritiene utile disegnare lo scenario che ha caratterizzato una riflessione, condotta a livello nazionale, sui processi di trasformazione dei sistemi socio-sanitari ed il progetto nell'ambito del quale è stata realizzata.

Se ai risultati veri e propri del progetto è riservata una riflessione critica, declinata nei prossimi capitoli attraverso il contributo di coloro i quali si sono mossi sul terreno complesso dei modelli di integrazione socio-sanitaria nel nostro Paese, qui si tratteggeranno gli aspetti legati agli obiettivi ed alle scelte metodologiche del progetto.

##### *4.1. Il progetto*

La ricerca «I processi di trasformazione dei sistemi socio-sanitari nelle regioni italiane» è un progetto promosso e coordinato da AGENAS e finanziato dal Ministero della Salute nell'ambito del Programma di ricerca corrente 2010 ex artt. 12 e 12 *bis* d.lgs. 502/92 e ss.mm.ii..

Il progetto è stato realizzato in collaborazione con l'Università Ca' Foscari di Venezia, la quale ha collocato le attività previste dal progetto all'interno degli approfondimenti e delle linee di ricerca orientate ad individuare i processi di trasformazione in atto nei sistemi socio-sanitari delle Regioni italiane, mettendo a punto le tendenze e cercando di collocare tali cambiamenti nel panorama dei sistemi di welfare europei.

L'obiettivo principale della ricerca è stato quello di confrontare i diversi sistemi sanitari delle Regioni italiane, a partire da alcune variabili considerate di riferimento, che facilitino la lettura trasversale sugli elementi-chiave del sistema.

Al fine di realizzare questo obiettivo, si è inteso effettuare lo studio dei sistemi di welfare approfondendo il caso di cinque Regioni italiane (Emilia-Romagna, Lombardia, Puglia, Toscana, Veneto), prestando particolare attenzione al sistema di finanziamento, ai processi di erogazione dei servizi e ai meccanismi di regolazione.

Si è stabilito, poi, di approfondire l'analisi degli elementi di innovatività, le caratteristiche di contesto e la potenziale trasferibilità dei sistemi di welfare esistenti, attraverso la ricostruzione di processi reali.

Infine, si è inteso di avviare un percorso di confronto e discussione, a partire dai risultati della ricerca, al fine di promuovere la progettazione di attività di formazione rivolte al personale dei servizi sanitari regionali, con particolare riguardo alle Direzioni Aziendali.

#### *4.2. Le scelte metodologiche*

Al fine di permettere uno sguardo sufficientemente ampio su di un panorama caratterizzato da molteplici sfumature, anche in sintonia con l'esigenza più volte espressa di coniugare il processo di diversificazione dei sistemi con la vocazione all'inclusività ed all'inclusione sociale, le scelte metodologiche si sono caratterizzate per un approccio qualitativo e quantitativo insieme.

La ricerca si è articolata in una serie di fasi successive:

- a. Analisi della letteratura dei modelli di classificazione dei sistemi di welfare.

Questa fase si è basata sull'analisi della letteratura internazionale e sulla comparazione delle strategie utilizzate nell'analisi dei sistemi di welfare in generale e di quelli sanitari in particolare. A partire dalla seconda metà degli anni Novanta dello scorso secolo, i contributi alla riflessione sui sistemi di welfare, diffusi fino a quel momento, hanno cominciato a mostrare la propria fragilità nell'interpretare politiche di welfare progressivamente meno centrate sul ruolo dello Stato quale attore unico. In questa fase della ricerca, dunque, si è inteso di esplorare ed analizzare le nuove strategie ed i nuovi modelli emergenti, al fine di individuare modelli interpretativi e variabili impiegate per la costruzione di tipologie classificatorie dei sistemi sanitari.

- b. Classificazione dei modelli sanitari delle regioni italiane.

In questa fase, si è inteso individuare un set di variabili da impiegare per la comparazione dei modelli sanitari di tutte le regioni italiane. Il modello di analisi è stato funzionale all'esplorazione di tre assi portanti per la comparazione, relativi a:

- modalità di finanziamento del sistema;
- mix di erogazione dei servizi;
- modalità di regolazione del sistema.

Per questa via è stato possibile individuare i modelli sanitari regionali e fornire una ipotesi di classificazione delle regioni, in ordine agli aspetti di finanziamento, erogazione, regolazione.

- c. Costruzione ed analisi dei casi regionali.

In questa fase sono stati realizzati gli approfondimenti regionali, in cinque realtà (Emilia-Romagna, Lombardia, Puglia, Toscana, Veneto), avendo cura di esplorare per ciascuna realtà le strutture organizzative adottate e i processi messi in atto.

Si è scelto di adottare un focus sul livello territoriale, in quanto si ritiene possa essere l'elemento che meglio rappresenta le differenti articolazioni regionali della sanità nel panorama regionale italiano, nonché l'ambito privilegiato per la sperimentazione di modalità innovative di organizzazione della sanità e l'identificazione di processi di governance.

Realizzato il modello, si è proceduto ad un'analisi documentale, finalizzata a ricostruire il quadro normativo e quello programmatico oltre che a rilevare le informazioni correnti utili nella gestione del caso. Sono state poi realizzate alcune interviste in profondità con gli attori-chiave (regionali e locali), al fine di rilevare gli aspetti di peculiarità delle esperienze evidenziate.

Il materiale prodotto è stato, infine, oggetto di confronto e discussione, al fine di realizzare una comparazione che permettesse di identificare le traiettorie perseguite nei processi di trasformazione in atto nei sistemi regionali caratterizzati da esperienze innovative.

Si è poi avviata una fase di diffusione dei risultati del progetto, che è in corso tutt'ora e che prevede un confronto con soggetti esperti e con soggetti portatori d'interesse, espressione del mondo accademico e dei servizi sanitari, al fine di realizzare interventi di consolidamento degli aspetti innovativi emersi dall'indagine e di promozione e trasferimento delle competenze individuate.

### *5. Riflessioni conclusive*

La ricerca si è articolata in due parti principali: il tentativo di verificare l'omogeneità dei sistemi sanitari regionali che si sono sviluppati nelle Regioni, in una variabile sintonia con i sistemi di welfare esistenti; e l'analisi delle forme assunte nel processo definito di territorializzazione del processo di cura e della presa in carico, ossia delle cure primarie.

L'analisi dei dati ha permesso di realizzare innanzitutto una ricostruzione di monografie regionali (relative alle cinque regioni campione: Emilia-Romagna, Lombardia, Puglia, Toscana, Veneto). In secondo luogo, è stato possibile realizzare una lettura trasversale dello stato dell'arte emerso dalle indagini regionali. Da questa lettura trasversale, sono emersi alcuni elementi che permettono di tratteggiare i processi in atto e le tendenze emergenti.

Come si avrà modo di approfondire nel corso del volume, i nodi tematici rilevati sono i seguenti:

- a) la proposta di classificazione dei sistemi sanitari regionali;
- b) gli elementi di complessità e criticità della governance regionale;
- c) gli attori e i processi di governance nelle aziende sanitarie;
- d) le forme organizzative dei Distretti nella sanità territoriale;
- e) le cure primarie: organizzazione, erogazione, attori;
- f) l'associazionismo medico come leva del cambiamento per le cure primarie;
- g) le ICT e la medicina territoriale.

A partire da tali nodi tematici e, in particolare, sulla base della proposta di classificazione dei sistemi sanitari regionali delineata nell'ambito di questo progetto, si ritiene di poter aprire una nuova finestra nell'ambito della riflessione sulle trasformazioni dei sistemi di welfare e, soprattutto, della Sanità. Tale finestra potrebbe permettere di acquisire nuovi elementi da porre all'attenzione nel quadro nazionale di valutazione della Qualità dell'offerta sanitaria, segnatamente dell'offerta sanitaria territoriale.

### Bibliografia

- A. ANGELASTRO, *La riflessione sulle reti in Sanità e il ruolo di AGENAS. La valutazione della performance in oncologia. Uno studio pilota*, «ARS Liguria», Quaderno 12, 2013, pp. 66-72.
- R. BENGHA, R. KAWAR, P. KEY, S. LEATHERMAN, R. MASSOUD, P. SATURNO, *Quality of Care: a process for making strategic choices in health systems*, Ginevra, WHO Press, 2006. ([http://www.who.int/entity/management/quality/assurance/QualityCare\\_B.Def.pdf](http://www.who.int/entity/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf), ultimo accesso 2012/5/14)
- F. BRAVI, D. GIBERTONI, A. MARCON, C. SICOTTE, E. MINVIELLE, P. RUCCI, A. ANGELASTRO, T. CARRADORI, M.P. FANTINI, *Hospital network performance: a survey of hospital stakeholders' perspectives*, «Health Policy», 2012a.
- F. BRAVI, A. MARCON, M. ALTINI, A. ANGELASTRO, T. CARRADORI, M.P. FANTINI, *Aspetti critici e di successo di un modello Hub & Spoke in Sanità Il punto di vista dei promotori della rete oncologica Area Vasta Romagna*, «Ricerca & Pratica» 2012b.
- G. CARACCI, S. CARZANIGA, M. CERILLI, *Il ciclo delle buone pratiche per l'empowerment: promuovere l'equità, la qualità e la sostenibilità nei servizi sanitari*, in L. ARRIGHINI, M.G. MARINI (a cura) *Medicina Narrativa per una sanità sostenibile*, Milano, Collana Fondazione ISTUD - Ed. Lupetti, 2012, pp. 103-109.
- G. CARACCI, R. DE STEFANI, S. CARZANIGA, *Un modello di empowerment organizzativo per la salute mentale*, «Monitor», 32, 2013a, pp. 52-59.
- G. CARACCI, R. DE STEFANI, S. CARZANIGA, *Il monitoraggio da parte dei cittadini della qualità dell'assistenza ospedaliera. Metodi e strumenti*, «Monitor», 32, 2013b, pp. 12-17.
- T. CARRADORI, F. BRAVI, M. ALTINI, *Le reti: opportunità per una migliore composizione tra le ragioni della qualità e quelle dell'efficienza*, «Medici Manager», 1, 2010, pp. 23-27
- G. COSTA, M. MARRA, S. SALMASO, *Gli indicatori di salute ai tempi della crisi in Italia*, «Epidemiol Prev», 36 (6), 2012, pp. 337-366.
- F. DI STANISLAO, M. VISCA, G. CARACCI, F. MOIRANO, *Integrated systems and continuity in health care: a navigation through the concepts and models*, «International Journal of Care Pathways», 2011.
- F. DI STANISLAO, F. CARINCI, *Verso un sistema nazionale di valutazione della qualità dell'assistenza sanitaria*, «Monitor», 30, 2012, pp. 8-19.
- F. DI STANISLAO, G. CARACCI, S. CARZANIGA, *Focus on: l'esperienza dei cittadini per il miglioramento dei servizi*, «Monitor», 32, 2013, pp. 8-11.



- A. DONABEDIAN, *The quality of care. How can it be assessed?*, «Journal of American Medical Association», 260, 12, 1998, pp. 1743-1748.
- D.M. FETTERMAN, *Foundations of empowerment evaluation*, Thousand Oaks, CA, Sage, 2001.
- D.M. FETTERMAN, WANDERSMAN, *Empowerment Evaluation: Principles in Practice*, New York, Guilford Publications, 2005.
- D.M. FETTERMAN, WANDERSMAN, *Empowerment Evaluation: Yesterday, Today and Tomorrow*, «American Journal of Evaluation», 28, 186, 2007.
- R. GULLSTRAND, *La proposta Agenas alle Regioni soggette al Piano di rientro. Introduzione*, «Monitor», 27, 2011, pp. 9-11.
- ISTAT, *Rapporto Bes 2013: il benessere equo e sostenibile in Italia, 2013* [http://www.istat.it/it/files/2013/03/bes\\_2013.pdf](http://www.istat.it/it/files/2013/03/bes_2013.pdf)
- MINISTERO DELLA SALUTE, *Linee di indirizzo nazionali per la Salute Mentale - Ministero della Salute*, 2008, <http://www.salute.gov.it/saluteMentale/archivioDocumentiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=779>
- F. MOIRANO, *I piani di rientro: un'occasione da non perdere per la riorganizzazione e la riqualificazione dell'assistenza sanitaria*, «Monitor», 27, 2011, pp. 7-8.
- I. NONAKA, H. TAKEUCHI, *The knowledge-creating company: how Japanese companies create the dynamics of innovation*, New York, Oxford University Press, 1995.
- OMS, ALMA ATA, *Primary Health Care*, «Health for all» 1978, [http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf)
- OMS, *Piano d'azione sulla salute mentale per l'Europa. Conferenza ministeriale OMS sulla salute mentale*, Helsinki, 2005.
- OMS, Jakarta, 1997, <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/>
- UNIONE EUROPEA, *Libro Verde 2005 - Migliorare la salute mentale della popolazione. Verso una strategia sulla salute mentale per l'Unione europea*, 2005, [http://europa.eu/documentation/official-docs/green-papers/index\\_it.htm](http://europa.eu/documentation/official-docs/green-papers/index_it.htm)
- UNITED NATIONS, Secretary-General's High-level Panel on Global Sustainability, *Resilient People, Resilient Planet: A future worth choosing*, New York, United Nations, 2012, [http://www.un.org/gsp/sites/default/files/attachments/GSPReportOverview\\_A4%20size.pdf](http://www.un.org/gsp/sites/default/files/attachments/GSPReportOverview_A4%20size.pdf)
- N. WALLERSTEIN, *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006, <http://www.euro.who.int/Document/E88086.pdf>

---

## I sistemi sanitari regionali: una proposta di classificazione

Giovanni Bertin

L'attuale fase di sviluppo dei sistemi di welfare si caratterizza per il profondo cambiamento che ne sta modificando la natura e le caratteristiche consolidate nella seconda parte del secolo scorso. Questo profondo cambiamento richiede anche un ripensamento dei sistemi di classificazione presenti nel dibattito nazionale e internazionale. In questo capitolo introduttivo si cercherà di fare il punto di questo dibattito e di proporre una classificazione dei sistemi sanitari interni alle regioni italiane.

### *1. Il dibattito sulla classificazione dei sistemi sanitari*

Le politiche sanitarie rientrano sicuramente nel concetto ampio di welfare, e le classificazioni sui sistemi di welfare li considerano come un tutto omogeneo (anche se non esplicitamente ribadito). L'analisi dei processi di evoluzione interni ai singoli stati ha, per altro, evidenziato che sottosistemi quali la sanità o il lavoro hanno spesso assunto caratteristiche profondamente differenziate. Basti pensare al caso della sanità in Gran Bretagna o in Italia, simili fra loro e di tipo universalistico, a fronte di politiche di fronteggiamento di altri rischi sociali che hanno seguito un'impostazione liberista in Gran Bretagna e corporativa in Italia. Queste considerazioni ci portano a dover considerare che i sistemi sanitari non possono essere classificati automaticamente all'interno dei sistemi di welfare nazionali. Tale classificazione va verificata attraverso un'analisi delle caratteristiche assunte nelle singole realtà ed una loro comparazione con le forme che stanno assumendo i sistemi di welfare.

Anche per quanto riguarda l'analisi dei sistemi sanitari, gli studi principali sono stati svolti nel periodo di crescita dei sistemi di welfare, anche se alcuni lavori hanno cercato di analizzare i processi di trasformazione in atto. Giarelli (2006) riprendendo il lavoro di Figueras, McKee, Sassi e Mosialos (1994) proponeva di classificare i sistemi sanitari dei paesi europei

in macro aree. Nel 2004 lo studio è stato ripreso e la tipologia semplificata. Centrando l'analisi sul finanziamento e l'erogazione dei servizi, gli autori hanno proposto di utilizzare 3 tipi, così definiti:

- *public integrated model*, quando i finanziatori e la gestione dei servizi è prevalentemente di tipo pubblico;
- *public contract model*, quando i finanziatori sono pubblici ma gli attori che gestiscono i servizi sono prevalentemente privati;
- *private insurance-provider model*. In questo caso, i finanziatori (per lo più si tratta delle compagnie assicurative) e i gestori sono prevalentemente privati.

Più recentemente, Rothgang ET AL. (2009) propone di rappresentare i sistemi sanitari utilizzando le seguenti dimensioni:

- sono guidati da principi, valori, percezioni;
- si basano su due pilastri, costituiti da: i processi e gli attori che finanziano il sistema; le dinamiche e gli attori che partecipano all'erogazione dei servizi;
- sono governati da precisi processi di regolazione.

A partire da questi elementi di analisi, l'autore propone la seguente tipologia teorica di classificazione dei sistemi sanitari:

- servizio sanitario nazionale. I valori di riferimento si rifanno all'equità ed alla costruzione delle condizioni che consentono un accesso al sistema dei servizi uguale per tutti. Il finanziamento segue la logica della tassazione pubblica (diretta e indiretta). I fornitori dei servizi sono pubblici e la regolazione è di tipo gerarchico. Lo stato svolge la funzione di pianificazione e di controllo del sistema;
- sistema assicurativo sociale. L'equità è perseguita consentendo un accesso uguale ai servizi attraverso la diffusione a tutti di fondi assicurativi. Il finanziamento è in capo alla società che regola i contributi secondo il reddito degli individui. Anche i fornitori sono di tipo societario e includono soggetti pubblici e privati. La regolazione si rifà ad una logica di governance ibrida, basata sulla negoziazione fra le corporazioni, all'interno di una cornice normativa definita e di un insieme di controlli statali;
- sistema sanitario privato. Il valore di riferimento non è più l'equità di accesso, ma la corrispondenza fra i servizi erogati e la possibilità di pagamento. La base del finanziamento è assicurativa ed il premio versato è messo in relazione al tipo di rischio e alle modalità di risposta. I fornitori di servizi sono privati di tipo profit. La regolazione pubblica è limitata e ci si affida alle dinamiche della concorrenza.

Le ricerche empiriche che hanno cercato di classificare le singole realtà nazionali hanno costruito le loro analisi su quattro dimensioni, quali: le fonti di finanziamento delle politiche sanitarie; gli attori che erogano

concretamente i servizi sanitari; i processi di regolazione delle politiche; i processi organizzativi e le forme concrete dei sistemi sanitari.

Sang-Yi ET AL. (2008), nella loro ricerca, centrano l'analisi sulle dinamiche di finanziamento e di gestione (ritenuti i pilastri del sistema). Utilizzando degli indicatori proxy arrivano a classificare i sistemi sanitari di alcuni stati individuando quattro diversi modelli, da loro così definiti:

- NHS (*National Health Service*), caratterizzato da una forte presenza dello stato nel finanziamento e nell'erogazione dei servizi. Gli esempi fatti rientrare in questo tipo sono: la Svezia ed il Regno Unito;
- SHI (*Social Health Insurance*). I finanziamenti sono di tipo prevalentemente pubblico (anche se tramite forme assicurative obbligatorie). Anche la gestione rimane prevalentemente pubblica, ma il tasso di presenza di soggetti privati è sicuramente maggiore rispetto al modello tipico del NHS. In questo tipo rientrano, per esempio, la Germania e la Francia;
- Liberal o PHI (*Private Health Insurance*). In questo caso il riferimento è alle dinamiche del mercato e sono privati sia gli attori che erogano i servizi, sia le strategie di finanziamento. Il tipico caso è quello degli Stati Uniti;
- NHI (*National Health Insurance*). Di fatto, gli autori hanno ripreso la tipologia proposta da Figueras (OECD 2004) e aggiunto quest'ultimo tipo, caratterizzato dalla centralità di soggetti privati che erogano servizi e da un finanziamento assicurativo ma governato dal pubblico. Questo tipo nasce dalla difficoltà di classificare le situazione di alcuni stati asiatici, come la Corea o Taiwan.

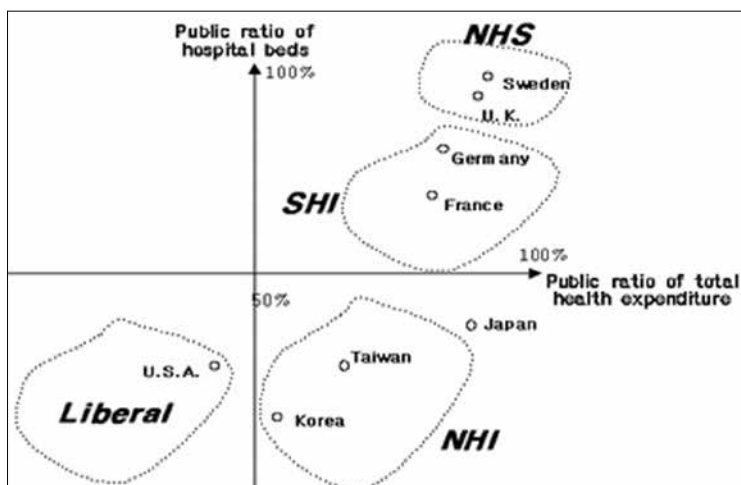


Fig. 1 - La classificazione di Sang-Yi Lee, Chang-Bae Chun (2008)

Più articolata è l'analisi di Reibling (2010) che individua nei processi di accesso ai servizi sanitari una chiave fondamentale nella classificazione dei sistemi sanitari. In questo modo si operazionalizza l'analisi della dimensione della regolazione che è considerata centrale da tutti i ricercatori, ma non sempre è specificata attraverso l'individuazione di indicatori di analisi empirica. In questa prospettiva, l'autore considera le seguenti dimensioni:

- la funzione di *gatekeeping* (i processi di governo);
- la ripartizione dei costi (finanziamento ed erogazione come strategie di incentivazione e regolazione);
- la densità dei medici (le risorse umane);
- la densità dei medici di base (le risorse umane ma anche le risorse di governo della domanda);
- la densità degli specialisti (le risorse umane);
- la densità infermieri (le risorse umane);
- MRI Scanner (le risorse tecnologiche);
- CT Scanner (le risorse tecnologiche).

In definitiva, le dimensioni dell'analisi riguardano gli input tecnologici e di risorse umane e le forme organizzative attraverso le quali si regola la domanda.

Tab. 1 - La classificazione dei sistemi sanitari secondo Reibling (2010)

|           | Nazioni   | Caratteristiche  |
|-----------|---|--|
| Cluster 1 | Austria, Belgio, Svizzera, Francia, Svezia          | Funzione di Gatekeeping.: bassa<br>Ripartizione dei costi: medio alta<br>Densità dei medici: 3,6, medio alta<br>Densità dei medici di base: 1,3, medio bassa<br>Densità degli specialisti: 2,1, alta<br>Densità infermieri 10,8, alta<br>MRI Scanner: 9,1, medio alta<br>CT Scanner: 19,7, alta      |
| Cluster 2 | Repubblica Ceca, Germania, Grecia                   | Funzione di Gatekeeping.: nessuna<br>Ripartizione dei costi: nessuna<br>Densità dei medici: 3,9, alta<br>Densità dei medici di base: 1,3, medio bassa<br>Densità degli specialisti: 2,1, alta<br>Densità infermieri: 7,0, medio bassa<br>MRI Scanner: 3,7, bassa<br>CT Scanner: 4,6, bassa           |
| Cluster 3 | Danimarca, Norvegia, Polonia, Spagna, Gran Bretagna | Funzione di Gatekeeping.: alta<br>Ripartizione dei costi: nessuna<br>Densità dei medici: 2,8, bassa<br>Densità dei medici di base: 0,6, bassa<br>Densità degli specialisti: 1,5, medio bassa<br>Densità infermieri: 9,1, medio alta<br>MRI Scanner: 5,6, medio bassa<br>CT Scanner: 9,5, medio bassa |
| Cluster 4 | Finlandia, Italia, Portogallo                       | Funzione di Gatekeeping.: alta<br>Ripartizione dei costi: moderata<br>Densità dei medici: 3,4, medio bassa<br>Densità dei medici di base: 1,1, medio bassa<br>Densità degli specialisti: 1,9, bassa<br>Densità infermieri: 6,4, bassa<br>MRI Scanner: 9,6, alta<br>CT Scanner: 16,9, medio alta      |

Partendo da queste variabili, l'autore propone di classificare gli stati europei in quattro diversi cluster, così caratterizzati:

- cluster 1. Si tratta di sistemi sanitari caratterizzati da una discreta diffusione delle tecnologie (alta o medio alta). A fronte di una densità dei medici di base relativamente bassa, si evidenzia una maggior presenza di personale infermieristico e di medici specialisti. Infine va notata una discreta ripartizione dei costi. Reibling sostiene che i sistemi sanitari di Austria, Belgio, Svizzera, Francia, Svezia si caratterizzano per una regolazione dell'accesso basata su strategie di incentivazione finanziaria;
- cluster 2. Anche in questo caso manca una funzione di *gatekee-*

ping che governi la domanda ed è scarsa la presenza di medici di base. L'impianto appare di tipo specialistico, ma con minore attenzione all'impiego diffuso delle tecnologie e una scarsa incentivazione basata sugli aspetti finanziari. In questo gruppo sono comprese: la Repubblica Ceca, la Germania e la Grecia;

- cluster 3. Le risorse umane e tecnologiche sono relativamente basse e l'accesso è regolato attraverso il ruolo centrale dei processi di *gatekeeping* e da una bassa incentivazione dei costi. In questo cluster sono comprese: la Danimarca, l'Olanda, la Polonia e la Spagna e la Gran Bretagna;
- cluster 4. Secondo gli autori, questo cluster si caratterizza per un sistema di regolazione misto, basato su una forte funzione di *gatekeeping* ma anche dalla presenza di meccanismi di incentivazione finanziaria.

L'analisi di questi gruppi consente di evidenziare come i sistemi sanitari che possiamo classificare all'interno dei NHS si caratterizzano per una regolazione di tipo centralistica e la funzione di *gatekeeping* risulta centrale. Al contrario le realtà che potrebbero essere classificate all'interno delle forme tipiche dei sistemi di tipo SHI tendono a sviluppare processi di regolazione basati su dinamiche di mercato e d'incentivazione finanziaria dei comportamenti degli utenti. A fronte di queste due posizioni, per altro, l'autrice segnala la presenza di posizioni intermedie che cercano di bilanciare i diversi strumenti di governo della domanda. Questa prospettiva di analisi non risulta alternativa ma complementare a quella precedentemente considerata. Gli studi futuri dovranno cercare di combinare queste diverse dimensioni anche sul piano della ricerca empirica.

## 2. Un confronto fra i modelli di welfare e i sistemi sanitari nazionali

Entrambe le prospettive di analisi dei sistemi sanitari che sono state qui riprese evidenziano la scarsa coerenza con i regimi di welfare proposti da Esping Andersen (1990). In alte parole, all'interno dei singoli regimi di welfare sono presenti sistemi sanitari che hanno caratteristiche fortemente differenziate. Prendendo in considerazione la classificazione fatta da Rothgang ET AL. (2009), ma anche da Sang-Yi ET AL. (2008), si evidenzia, per esempio, che hanno adottato un impianto di tipo NHS stati caratterizzati da differenti sistemi di welfare. Pensiamo, per esempio alla Svezia che viene classificata all'interno dei regimi social-democratici, alla Gran Bretagna che appartiene ai regimi liberali o all'Italia, che ha un sistema di welfare di derivazione corporativa ma appartiene ai sistemi

mediterranei. Le stesse incoerenze si trovano analizzando la classificazione proposta da Reibling (2010) in base ai processi di regolazione della domanda. Nel cluster 1 dell'analisi della Reibling, per esempio, ricadono stati che hanno regimi di welfare di tipo liberale (la Svizzera), conservatore (Austria e Francia), e socialdemocratico (Svezia).

Tab. 2 - classificazione dei paesi europei in relazione al modello di welfare e al sistema sanitario

|  | Sistemi sanitari (Reibling, 2010) |                  |           |                                |
|--|-----------------------------------|------------------|-----------|--------------------------------|
|  | Cluster 1                         | Cluster 2        | Cluster 3 | Cluster 4                      |
| Sistemi di welfare (Esping Andersen, 1990) | Liberale                          | Svizzera         |           | Gran Bretagna                  |
|  | Conservatore                      | Austria, Francia | Germania  | Olanda                         |
|  | Socialdemocratico                 | Svezia           |           | Danimarca, Norvegia, Finlandia |
|  | Mediterraneo                      | Grecia           |           | Spagna, Italia, Portogallo     |

Queste analisi ci portano a concludere che non esiste una coerenza fra la classificazione dei sistemi di welfare (da considerarsi come sovra-sistemi rispetto ai sistemi sanitari) e le caratteristiche assunte dai sistemi sanitari nazionali. Le politiche di welfare hanno dato origine a sistemi differenziati, non necessariamente espressione dei regimi politici entro i quali si sono sviluppate. Le forme assunte rispecchiano la complessità delle dinamiche che influenzano lo sviluppo dei sottosistemi che presidiano la formazione delle politiche pubbliche. In particolare le variabili che incidono su tali processi possono essere ascritte, oltre e in relazione dinamica con i regimi politici, a:

- la centralità o il decentramento dei processi decisionali;
- la multidimensionalità dei problemi affrontati;
- l'incidenza e le caratteristiche delle tecnologie e dei saperi (vale a dire l'importanza delle competenze specialistiche messe in gioco per affrontare i rischi sociali su cui insistono le politiche);
- il periodo storico di sviluppo dei singoli sistemi e i riferimenti politico-culturali che lo caratterizzavano;
- il tipo di attori coinvolti ed i loro processi di negoziazione (corporativismo), la loro forza contrattuale, i loro valori di riferimento, la loro capacità di influenzare i processi decisionali.



### *3. I sistemi sanitari nelle regioni italiane: elementi di omogeneità e differenziazioni*

L'analisi condotta ha permesso di individuare alcuni indicatori che presentano un minor grado di variabilità interno. Ciò significa che rispetto a queste variabili, i sistemi sanitari delle regioni italiane si presentano tra loro simili.

#### *3.1. Il basamento del sistema sanitario nazionale: gli elementi omogenei*

L'analisi della distribuzione delle regioni in relazioni ad alcuni degli indicatori considerati per l'analisi dei sistemi sanitari locali evidenzia che la presenza di un sistema sanitario nazionale e il lavoro del coordinamento Stato-Regioni hanno prodotto una base di elementi rispetto ai quali le differenze sono relativamente modeste. Analizzando, per esempio, il grafico riportato in Fig. 2 è facile evidenziare come la variabilità risulta relativamente ridotta. Se si escludono le regioni Molise e Basilicata, le altre presentano una spesa pubblica corrente pro-capite per la medicina convenzionata (medico di base) sostanzialmente omogenea.

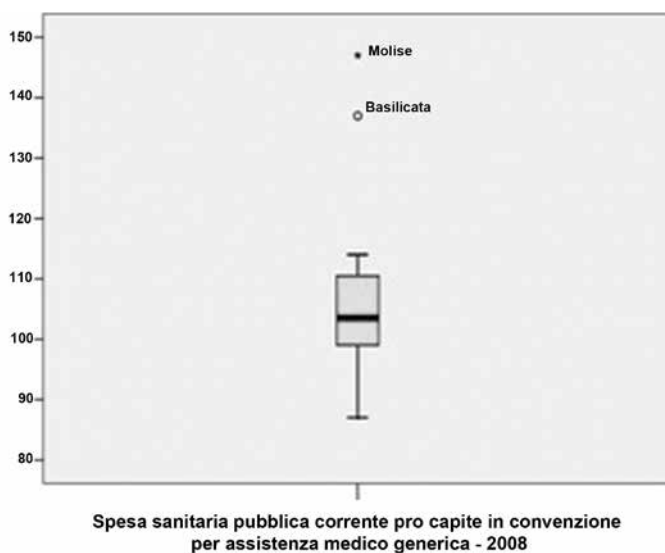


Fig. 2 - Spesa sanitaria pubblica corrente procapite in convenzione per assistenza medico generica (2008)

Un andamento simile è rilevabile analizzando alcuni altri indicatori. In particolare è possibile affermare che il sistemi sanitari regionali hanno caratteristiche simili relativamente a:

- le forme organizzative del sistema sanitario regionale (il dimensionamento delle aziende e la loro distrettualizzazione);
- il contributo dello stato nel finanziamento dei servizi;
- la presenza di medici ospedalieri e del medico di base;
- lo sviluppo di attività (pubbliche o accreditate) di *day hospital*;
- lo sviluppo di attività domiciliare di cura.

Tab. 3 -Elementi di omogeneità nei sistemi sanitari delle regioni italiane

| Indicatore   | Scarto interquartile/<br>media nazionale<br>indicatore |
|--|--|
| N. totale dimessi per acuti: % dimissione ordinaria a domicilio - 2009                           | 0,03   |
| FSN e ulteriori integrazioni a carico dello Stato - € procapite - 2009                           | 0,04   |
| Distretti attivati - 2008  | 0,04   |
| ASL esistenti - 2008   | 0,05   |
| % PL pubblici in Day Hospital sul tot PL in Day hospital (pubblici + accreditati) - 2008         | 0,06   |
| Personale medico ospedaliero per 1.000 residenti - 2006  | 0,08   |
| %persone 65+ trattate in assistenza domiciliare integrata - 2008                                 | 0,08   |
| DDD/1000 ab die pesate - 2010  | 0,09   |
| Spesa sanitaria pubblica corrente procapite in convenzione per assistenza medico generica - 2008 | 0,10   |

### 3.2. *Gli elementi di differenziazione: una proposta di classificazione dei sistemi regionali*

Altri indicatori presi in considerazione evidenziano che, parallelamente a questa base di elementi omogenei, ve ne sono altri che presentano caratteristiche differenziate. Il grafico riportato in Fig. 3, per esempio, mostra come le regioni abbiano una presenza di attività *extramoenia* decisamente differenziata. Le due code della distribuzione hanno valori molto diversi. La situazione con valori più alti risulta essere quattro volte maggiore della situazione posta all'estremo opposto.

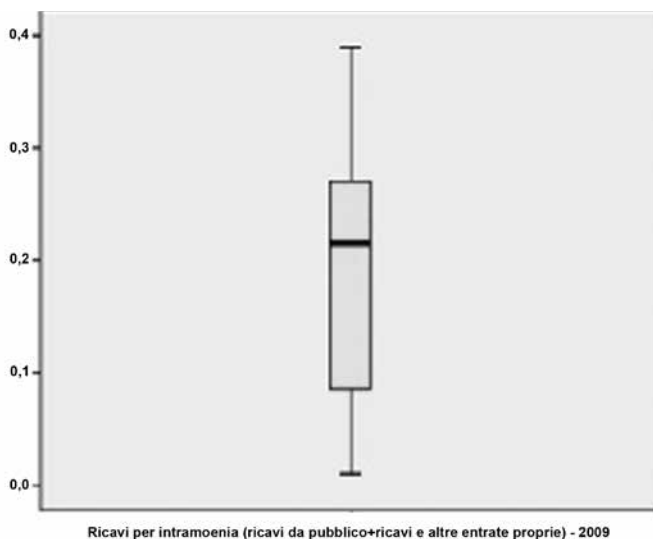


Fig. 3 - Esempio di indicatore che differenzia le regioni: ricavi per attività extramoenia

Queste differenze suggeriscono di verificare se lo sviluppo di sistemi sanitari regionali ha prodotto una differenziazione casuale, frutto delle specificità regionali, o se si possono individuare alcuni modelli che riprendono in modo più o meno preciso le classificazioni presenti nella letteratura internazionale.

In questa prospettiva è utile riprendere il modello di analisi proposto dai lavori di Sang-Yi ET AL. (2008) rivisitato in relazione al contesto specifico italiano. In particolare, i cambiamenti in atto consigliano di prendere in considerazione non solo la struttura ospedaliera, per altro più consolidata e stabile nel tempo, ma anche la dimensione ambulatoriale che risulta più evolutiva e quindi meglio rappresenta i cambiamenti in atto. In definitiva, si è scelto di utilizzare i seguenti criteri di classificazione:

- erogazione dei servizi ospedalieri. Si è classificato come «a prevalenza pubblica» il sistema regionale che presenta una percentuale di posti letto privati accreditati minore o uguale al 10 per cento del totale. Il sistema ospedaliero è stato considerato «di tipo misto» (pubblico e privato) quando tale percentuale si colloca fra il 10 ed il 20. Una percentuale di posti letto accreditati superiore al 20% è stata considerata indice di una marcata presenza del privato nel sistema di offerta dei servizi sanitari residenziali. Questa scelta trova origine nelle specificità del sistema sanitario italiano che nasce come sistema pubblico;

- erogazione dei servizi territoriali (ambulatoriali). La fase diversa di sviluppo dei servizi territoriali e la loro maggior dinamicità ha portato il gruppo di ricerca a scegliere soglie di classificazione diverse. Si è considerata una «prevalenza di servizi pubblici» quando la quota di ambulatori privati accreditati non supera il 50% del totale. La dimensione «mix» rappresenta una percentuale dello stesso indicatore che rimane fra il 50 ed il 75%. Il sistema dei servizi territoriali è stato considerato «privato» quando la stessa quota risulta maggiore o uguale al 75% del totale.

Partendo da queste regole di classificazione dei sistemi sanitari regionali si sono analizzate le specificità delle regioni italiane relativamente alle caratteristiche del sistema di erogazione delle prestazioni ospedaliere e ambulatoriali.

Dal punto di vista dell'erogazione dell'offerta sanitaria è facile notare come si vada sviluppando un modello misto che vede la contemporanea presenza di soggetti pubblici e privati. Questa tendenza generale coesiste con alcune specificità regionali che possono essere ricondotte ai seguenti modelli:

- sistema prevalentemente pubblico. Solo in Liguria Umbria e Basilicata prevale un modello pubblico nell'erogazione dei servizi ospedalieri ed ambulatoriali;
- sistema misto. Appartengono a questo gruppo le regioni che presentano un sistema misto sia per quanto riguarda le attività ospedaliere, sia per quelle ambulatoriali. Presentano queste caratteristiche le regioni: Lombardia, Marche, Molise, Puglia, Sardegna;
- sistema con una forte presenza del privato. Campania e la Sicilia sono le uniche regioni nelle quali la presenza dei soggetti privati è consistente nell'offerta di prestazioni ospedaliere ed anche ambulatoriali.

Tab. 4 - Erogazione dei servizi sanitari territoriali e ospedalieri: classificazione delle regioni italiane

| Pubblico (prevalenza)                |                       | Erogazione ospedaliero <sup>1</sup> |   |                          |
|--------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------|---|--------------------------|
|                                      |                       | Mix                                 | Privato (prevalenza)  |                          |
| Erogazione territoriale <sup>2</sup> | Pubblico (prevalenza) | Liguria, Umbria, Basilicata         | Piemonte, Trentino Alto Adige, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Toscana |                          |
|                                      | Mix                   | Veneto, Valle d'Aosta               | Lombardia, Marche, Molise, Puglia, Sardegna                                   | Lazio, Abruzzo, Calabria |
|                                      | Privato (prevalenza)  |                                     |   | Campania, Sicilia        |

Nota: in Valle d'Aosta la percentuale di posti letto accreditati ospedalieri sul totale era pari a zero.

1. Percentuale di posti letto accreditati ospedalieri (dh+ds+deg ordinaria) sul totale posti letto ospedalieri.

2. Percentuale di ambulatori e laboratori privati accreditati sul totale.

Questi tre gruppi presentano un profilo più chiaro per quanto riguarda la presenza del pubblico e del privato nell'erogazione dei servizi sanitari. Le alte regioni si caratterizzano per una situazione più articolata, nella quale l'offerta territoriale e quella residenziale sembrano guidate da impostazioni diverse. Questa situazione rispecchia, probabilmente, la storia di sviluppo dei sistemi sanitari che hanno visto l'espansione delle attività ambulatoriali solo successivamente al consolidamento dei sistemi ospedalieri, in un contesto temporale meno ricco di risorse pubbliche e più aperto al contributo di soggetti privati. In particolare parliamo di:

- sistema misto caratterizzato dalla prevalenza del pubblico nelle attività ambulatoriali ed una maggior penetrazione del privato per quanto riguarda l'attività ospedaliera, come presente nelle regioni: Piemonte, Trentino Alto Adige, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Toscana;
- sistema misto con una presenza limitata del privato nella gestione ospedaliera ed una più mista per le attività ambulatoriali. In questo segmento troviamo le regioni: Veneto, Valle d'Aosta;
- sistema misto con una forte presenza del settore privato per quanto riguarda l'offerta ospedaliera ed una mista per quanto riguarda le attività ambulatoriali. In questo gruppo sono comprese le regioni: Lazio, Abruzzo, Calabria.

Per semplificare l'analisi si è optato per una riclassificazione delle regioni che presentavano una situazione differenziata nelle attività ambu-

latoriali rispetto a quelle ospedaliere. Questa scelta porta a considerare tre modelli di riferimento, così rappresentabili:

- offerta a prevalenza pubblica, quando la percentuale di posti letto pubblici sul totale supera il 75% del totale, e quando l'offerta territoriale (laboratori e ambulatori) pubblica supera il 50%. Questo tipo rappresenta le regioni: Valle d'Aosta, Trentino Alto Adige, Liguria, Toscana, Umbria, Basilicata, Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna;
- offerta mista pubblico-privato. Questa situazione si realizza quando i posti letto ospedalieri pubblici superano il 75% del totale, ma gli ambulatori (e i laboratori) pubblici presentano una percentuale inferiore al 50% del totale. In questo gruppo troviamo le regioni: Veneto, Marche, Abruzzo, Molise, Puglia, Sicilia, Sardegna, Lombardia;
- offerta con rilevante presenza del privato. Questa terza situazione si caratterizza per una percentuale di posti letto pubblici inferiore al 75% ed una di ambulatori (e laboratori) pubblici inferiore al 50%. Queste caratteristiche sono proprie delle regioni: Lazio, Campania, Calabria.

La seconda dimensione rilevante suggerita dalla letteratura (SANG-YI ET AL. 2008) per la classificazione dei sistemi sanitari riguarda la diversificazione delle fonti di finanziamento (pubbliche o private). Incrociando questa dimensione dell'analisi con i tipi di erogazione dei servizi è possibile analizzare la natura (pubblica o privata) dei sistemi sanitari regionali.

La Tabella 5 consente di evidenziare i seguenti tipi di sistemi sanitari regionali:

- pubblico. È questa la situazione che più rappresenta il sistema sanitario nazionale ed è caratterizzata da un'offerta e da un finanziamento prevalentemente pubblici. Questa situazione è propria delle regioni: Liguria, Umbria, Basilicata Valle d'Aosta, Trentino Alto Adige, Toscana;
- pubblico nell'erogazione ma misto nelle forme di finanziamento. Presentano queste caratteristiche le regioni: Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna;
- misto (pubblico e privato) nell'erogazione ma finanziato prevalentemente con risorse pubbliche. Le regioni che presentano queste caratteristiche sono: le Marche, il Molise, la Puglia, la Sardegna, il Veneto, l'Abruzzo, la Sicilia;
- misto nel sistema di offerta e nelle forme di finanziamento. La sola Lombardia presenta queste caratteristiche;
- quasi mercato: le regioni presenti in questa categoria si carat-

terizzano per avere un sistema di offerta largamente gestito da soggetti privati, ma finanziato da risorse pubbliche. Questa situazione rappresenta le regioni: Lazio, Campania, Calabria.

Tab. 5 - Finanziamento ed erogazione dei servizi sanitari: classificazione delle regioni italiane

| Pubblico (prevalenza) |                       | Erogazione  |  |                            |
|-----------------------|-----------------------|---|--|----------------------------|
|                       |                       | Mix   | Privato (prevalenza)                                       |                            |
| Finanziamento         | Pubblico (prevalenza) | Liguria, Umbria, Basilicata Valle d'Aosta, Trentino Alto Adige, Toscana | Marche, Molise, Puglia, Sardegna, Veneto, Abruzzo, Sicilia | Lazio, Campania, Calabria, |
|                       | Mix                   | Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna                         | Lombardia  |                            |
|                       | Privato (prevalenza)  |   |  |                            |

Questi diversi tipi non possono essere comparati con le classificazioni dei sistemi nazionali presenti in letteratura in quanto gli elementi di omogeneità messi in risalto precedentemente confermano l'esistenza di una base comune tipica dei Sistemi Sanitari Nazionali. Questa classificazione delle regioni costituisce una specificazione che evidenzia come all'interno di questo riferimento comune, le forme assunte abbiano caratteristiche peculiari nelle diverse regioni e, in alcuni casi, si discostino significativamente dal modello del SSN così come rappresentato nel dibattito internazionale. Questa riclassificazione può costituire una base per successive analisi longitudinali che consentano di verificare se la crisi dei sistemi di welfare ed i processi di cambiamento, normativo e organizzativo attualmente in atto, produrranno ulteriori diversificazioni o se i segnali qui evidenziati porteranno anche a far prevalere sul piano fattuale (se non su quello normativo) modelli differenti da quello che qui è stato rappresentato come SSN.

Un'ultima considerazione su questa classificazione può essere fatta con riferimento allo sviluppo, in quasi tutte le regioni, di sistemi misti (pur con intensità e diffusione diversi). Questa condizione testimonia come il cambiamento dei sistemi di welfare, che a partire dalla fine del secolo scorso si sono andati modificando accentuando la loro natura di sistemi misti, caratterizzi anche l'evoluzione dei sistemi sanitari regionali.

#### 4. I processi di governance dei sistemi sanitari regionali

La diversificazione dei sistemi regionali e la presenza di attori diversi pone il problema della centralità dei processi di governance. Questa considerazione, del resto presente anche nella letteratura che si occupa di analizzare i sistemi sanitari (ma anche i sistemi di welfare in generale), richiede che il lavoro di comparazione delle regioni tenga presente anche le loro forme regolative. Questa prospettiva di analisi risulta complessa in ragione della natura dei processi di governance e dei cambiamenti in atto (BERTIN 2012). Una interessante proposta di semplificazione del problema è proposta dai lavori di Riebling (2009). Questa prospettiva di analisi non consente di rappresentare la dinamicità di tali cambiamenti, né i processi concreti che si attivano nei sistemi locali, ma rappresenta comunque una prospettiva utile per un'analisi comparativa fra i modelli regionali. In particolare, fra le dimensioni di analisi utilizzate dall'autrice, vale la pena riprendere la scelta di utilizzare le funzioni di *gatekeeping* e di *cost-sharing* come *proxy* dei processi di regolazione della domanda. Tali funzioni sono qui utilizzate come rappresentative di due culture diverse di regolazione, la prima più coerente con le logiche della programmazione pubblica e la seconda come indicatrice dell'utilizzo delle dinamiche del mercato come leve per il governo dei sistemi regionali.

La funzione di *gatekeeping* è stata analizzata attraverso l'indicatore che rappresenta il numero medio di assistiti per medico di medicina generale e per i pediatri di libera scelta. Questa scelta si rifà direttamente ai lavori della Rebling (indicatori più specifici sono difficilmente rintracciabili fra le informazioni correnti presenti in tutte le regioni, ma la loro sperimentazione potrebbe costituire uno sviluppo di questi lavori di ricerca). L'ipotesi è che la diffusione di questa figura costituisca il canale di governo della domanda sanitaria. Per il *cost-sharing* si è invece deciso di adottare come indicatore *proxy* la quota di ricavi per ticket sul totale dei ricavi e la quota dei ricavi per *intramoenia* sempre rapportata al totale dei ricavi.

L'analisi della distribuzione delle regioni in relazione alla funzione di *gatekeeping* denota come il caso italiano si presenti sostanzialmente omogeneo. Infatti, tutti i cittadini iscritti al Servizio sanitario hanno diritto alla scelta del medico di medicina generale (o pediatra di libera scelta) del comune di residenza (salvo eccezioni), ed il medico di medicina generale è pagato per assistito. Ciò viene confermato anche dal valore dello scarto interquartile (rapportato al valore medio nazionale) per le due variabili «Numero scelte per MMG (2008)» e «Numero scelte per PLS (2008)», che si presenta di poco superiore al valore dello 0,10 ritenuto come «soglia» rappresentativa della bassa variabilità interna (il



valore è per entrambe le variabili pari a 0,11). La situazione si presenta diversa per quanto riguarda la funzione di *cost-sharing*. In questo caso la diversità fra le regioni è più marcata. La tabella 6 mostra come i ricavi per ticket vadano dal 1% di regioni come la Sardegna, la Sicilia ed il Trentino Alto Adige, al 31% della regione Toscana, mentre i ricavi da attività *intramoenia* vanno dal 1% di Sicilia e Sardegna al 39% del Molise. Queste forti differenze (oltre a suggerire un'attenzione alla qualità del dato ed alle modalità di registrazione delle informazioni utilizzate dalle singole regioni) evidenziano modalità di gestione di questa funzione fortemente differenziate.

Tab. 6 - *Gatekeeping* e *Cost-sharing*: valori regionali

|                       | <i>Gatekeeping</i>                                     |  | <i>Cost-sharing</i>   |   |
|-----------------------|--|--|---|---|
|                       | Numero scelte per medico (= n.medio di assistiti) 2008 | Numero scelte per pediatra (= n.medio di assistiti) 2008 | Ricavi per tickets/(ricavi da pubblico+ ricavi ed entrate proprie varie) 2009 | Ricavi per intramoenia (ricavi da pubblico+ricavi e altre entrate proprie) 2009 |
| Piemonte              | 1134   | 903  | 0,15  | 0,14  |
| Valle d'Aosta         | 1173   | 743  | 0,02  | 0,03  |
| Lombardia             | 1290   | 887  | 0,27  | 0,22  |
| Trentino Alto Adige   | 1370   | 914  | 0,01  | 0,02  |
| Veneto                | 1181   | 951  | 0,19  | 0,23  |
| Friuli Venezia Giulia | 1083   | 864  | 0,17  | 0,02  |
| Liguria               | 1036   | 829  | 0,19  | 0,19  |
| Emilia-Romagna        | 1162   | 780  | 0,22  | 0,21  |
| Toscana               | 1066   | 838  | 0,31  | 0,26  |
| Umbria                | 1019   | 780  | 0,20  | 0,36  |
| Marche                | 1061   | 869  | 0,26  | 0,29  |
| Lazio                 | 1005   | 790  | 0,20  | 0,24  |
| Abruzzo               | 1037   | 772  | 0,12  | 0,23  |
| Molise                | 1047   | 821  | 0,21  | 0,39  |
| Campania              | 1186   | 928  | 0,23  | 0,18  |
| Puglia                | 1082   | 816  | 0,17  | 0,20  |
| Basilicata            | 1010   | 801  | 0,13  | 0,32  |
| Calabria              | 1117   | 792  | 0,11  | 0,28  |
| Sicilia               | 1043   | 759  | 0,01  | 0,01  |
| Sardegna              | 1053   | 721  | 0,01  | 0,01  |
| ITALIA                | 1124,00  | 841,00   | 0,08  | 0,08  |

Coniugando le due dimensioni della regolazione, ed assumendo come presupposto la classificazione operata dalla Riebling che segnala come il grado di *gatekeeping* per il Sistema sanitario italiano si possa definire elevato nel confronto con altri paesi europei, è possibile riclassificare le regioni italiane sulla base del livello di *cost-sharing*.

Volendo sintetizzare le due dimensioni, dal punto di vista della comparazione di tipo macro, potremmo identificare tre tipologie di governance:

- mix-ibrida: caratterizzata da un alto *gatekeeping* ed un alto grado di *cost-sharing*. Questa situazione caratterizza la maggior parte delle regioni italiane;
- mix a prevalenza gerarchica quando vi è un alto livello di *gatekeeping* e medio livello di *cost-sharing* (è il caso delle regioni Piemonte e Friuli Venezia Giulia);
- governance pubblica, di tipo gerarchico, nei casi in cui vi è un elevato grado di *gatekeeping* e basso livello di *cost-sharing* (regioni Valle d'Aosta, Trentino Alto Adige, Sicilia, Sardegna).

Tab. 7 - Gatekeeping e cost-sharing: classificazione delle regioni italiane

| Basso       |       | Cost-sharing  |   |
|-------------|-------|---|---|
|             |       | Medio   | Alto  |
| Gatekeeping | Alto  | Valle d'Aosta,<br>Trentino Alto Adige,<br>Sicilia, Sardegna | Piemonte,<br>Friuli Venezia Giulia,<br>Lombardia, Veneto,<br>Liguria, Emilia<br>Romagna, Toscana,<br>Umbria, Marche,<br>Lazio, Abruzzo,<br>Molise, Campania,<br>Puglia, Basilicata,<br>Calabria |
|             | Basso |   |   |

A commento di questa analisi delle tendenze in atto giova ricordare che il dibattito internazionale evidenzia l'opportunità di sperimentare approcci misti alla regolazione dei sistemi sanitari. La ricerca di forme ibride, infatti, risulta coerente con la natura mista dei sistemi di offerta. Questo orientamento, per altro, non può contenere solo le logiche della programmazione pubblica (*gatekeeping*) o del mercato (*cost-sharing*) ma deve combinare queste prospettive con le dinamiche della *network governance*, meno facilmente analizzabili a livello macro ma sicuramente centrali per i processi di trasformazione in atto.

### 5. Una proposta di classificazione dei sistemi sanitari nelle regioni italiane

La costruzione di una tipologia di sintesi fra la dimensione della governance e quella relativa alla natura del sistema di offerta suggerisce alcune riflessioni sul piano classificatorio e su quello della coerenza fra queste due dimensioni dell'analisi.

Tab. 8 - Governance e mix di finanziamento ed erogazione: classificazione delle regioni italiane

|            |                             | Natura del sistema di offerta: finanziamento ed erogazione      |  |  |  |  |
|------------|-----------------------------|---|--|--|--|--|
|            |                             | Publicco (prevalenza) sia nel finanziamento che nell'erogazione | Prevalenza pubblica nel finanziamento, mix nell'erogazione | Mix nel finanziamento, prevalenza pubblica nell'erogazione | Prevalenza pubblica nel finanziamento, privato nell'erogazione | Mix (prevalenza) sia nel finanziamento che nell'erogazione |
| Governance | Mix, ibrida                 | Liguria<br>Toscana<br>Umbria<br>Basilicata                      | Veneto<br>Marche<br>Abruzzo<br>Molise<br>Puglia            | Emilia<br>Romagna  | Lazio<br>Campania<br>Calabria                                  | Lombardia  |
|            | Mix a prevalenza gerarchica |   |  | Piemonte<br>Friuli Venezia<br>Giulia                       |  |  |
|            | Publicca-gerarchica         | Trentino Alto<br>Adige  | Valle d'Aosta<br>Sicilia<br>Sardegna                       |  |  |  |

Una prima considerazione generale riguarda l'assenza di sistemi regionali che hanno adottato la logica del mercato come prevalente nella regolazione degli attori che contribuiscono alla realizzazione del sistema di offerta. Le regioni che hanno un sistema di offerta riconducibile al «quasi mercato» presentano forme di governance ibride (Lazio, Campania, Calabria). Sul fronte opposto è interessante notare come le regioni che presentano un sistema più marcatamente orientato dalle logiche della programmazione pubblica sono quelle (coerentemente) che hanno anche un sistema di offerta di tipo pubblico (Trentino Alto Adige) o finanziato dal pubblico e con un sistema di offerta misto (Valle d'Aosta, Sicilia e Sardegna). Quest'ultima situazione presenta una minor coerenza fra offerta e modalità di regolazione, e gli attori privati che erogano prestazioni hanno un ruolo ancillare di fornitori di servizi. Questa situazione può permanere fino a quando i finanziamenti sono solo pubblici,

ma all'aumentare della diversificazione delle fonti di finanziamento (legata allo sviluppo di forme assicurative o alla contribuzione diretta dei cittadini) questa non completa sovrapposizione fra forme del sistema e modalità di regolazione può risultare fonte di criticità nei processi di governo. Le altre regioni, pur con caratteristiche differenti, sembrano tutte interessate, pur con intensità diverse, a processi di diversificazione del sistema degli attori che partecipano al processo di erogazione, e dalla diversificazione dei meccanismi di regolazione.

In particolare la compresenza di forme ibride di governance riguarda realtà che hanno:

- una prevalenza pubblica nel finanziamento, un sistema di erogazione misto ed una tendenza a sviluppare logiche miste di governance. In questo gruppo possiamo mettere regioni quali: il Veneto, le Marche, l'Abruzzo, il Molise, la Puglia;
- un sistema di finanziamento misto, ed una prevalenza pubblica nell'erogazione dell'offerta in presenza di logiche di governance miste. L'Emilia Romagna presenta queste caratteristiche;
- un sistema di finanziamento misto, una prevalenza pubblica nell'erogazione dell'offerta, in presenza però di logiche di governance miste ma con una prevalenza di dinamiche gerarchiche. Le regioni comprese in questa categoria (Piemonte, Friuli Venezia Giulia) evidenziano la necessità di trovare processi di regolazione non conflittuali per evitare che le dinamiche gerarchiche risultino difficilmente governabili in contesti in cui sono presenti attori non sempre gerarchicamente legati fra loro. Questa segnalazione risulta particolarmente importante vista la presenza di un sistema di finanziamento già di tipo misto;
- mix (prevalenza) sia nel finanziamento che nell'erogazione, ed una governance ibrida. La situazione della Lombardia risulta sicuramente interessante per analizzare se, ed in che misura, le funzioni di *gatekeeping* e di *cost-sharing* trovano un momento di equilibrio nel governare un sistema misto dal punto di vista delle modalità di finanziamento e di erogazione dei servizi.

In sintesi, al di là delle preoccupazioni classificatorie, emerge un sistema differenziato che evidenzia la compresenza di forme e di processi di regolazione non sempre coerenti e che richiedono un'attenta riflessione. Da questo punto di vista, risulta utile collocare quest'analisi all'interno dei processi di differenziazione e di cambiamento dei sistemi locali di welfare per evidenziare come, ed in che misura, le differenze emerse risultano in sintonia con le specificità dei regimi di welfare che si stanno affermando nelle singole realtà regionali.

## 6. Welfare e sistemi socio-sanitari nelle regioni italiane: quale coerenza fra i modelli?

A conclusione di questa analisi sulla situazione dei sistemi sanitari delle regioni italiane possiamo cercare di analizzare se le differenze emerse fra le regioni siano coerenti con le caratteristiche assunte dai sistemi di welfare nei quali sono inseriti. A tal fine riprendiamo in questa sede la classificazione dei sistemi di welfare emersa da una ricerca realizzata per conto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e che aveva come obiettivo prioritario l'analisi dei modelli di regolazione delle politiche locali di tipo sociale e socio-sanitario (BERTIN 2012).

### 6.1. Una proposta di classificazione dei sistemi di welfare regionali

La ricerca ha individuato una batteria d'indicatori, relativi al periodo 2003-2010 utili a confrontare le realtà presenti nelle singole regioni italiane (BERTIN 2012).

La multidimensionalità del problema è stata affrontata individuando dei fattori principali sui quali è stata fatta un'analisi di *cluster*. Prima di presentare i risultati è bene riprendere alcuni elementi fondamentali. Una prima considerazione va fatta rispetto all'elemento principale emerso da quest'analisi, vale a dire la forte differenziazione che induce a ritenere difficile e forzoso parlare in Italia di un sistema di welfare nazionale. Del resto le analisi fatte da alcune regioni relativamente alle loro situazioni interne ci portano a dire che probabilmente anche la dimensione regionale è troppo ampia per pensare a sistemi di welfare omogenei. Una seconda precisazione riguarda la dinamicità dei modelli e i tempi di analisi dei cambiamenti in atto. Dalla seconda parte di questo decennio le regioni italiane hanno avviato consistenti processi di cambiamento, ma tali cambiamenti, per il momento, segnano differenze sul piano normativo non ancora in grado di sortire effetti significativi. L'inerzia dei sistemi porta a considerare che, se queste politiche produrranno effetti, i risultati si renderanno visibili nei prossimi anni. Da ultimo giova ricordare che qualsiasi processo di classificazione si basa sulla ricerca dei fattori che rendono alcune unità di analisi (nel nostro caso i sistemi regionali di welfare) simili fra loro e diverse dalle altre. Si tratta di una semplificazione della realtà che cerca di rappresentarla e di renderla più facilmente interpretabile.

La *cluster analysis* ha consentito di individuare sette tipi di welfare che raggruppano alcune regioni sufficientemente simili fra loro. Da questo raggruppamento dei territori simili, e da quanto emerso dall'analisi fattoriale,

è possibile costruire una tipologia di classificazione dei sistemi regionali, così come appaiono in questo momento del loro percorso di cambiamento.

Tab. 9 - Regioni e caratteristiche dei singoli cluster

| Tipo di welfare                          | Regioni appartenenti  | Caratteristiche   |
|--|---|---|
| Generalizzato con mix di tipo societario | Valle d'Aosta<br>Trentino Alto Adige                                      | Mix strutturato ma con dinamiche forti di societario, offerta estesa di servizi tradizionali, ma meno attenti alla territorializzazione, forte coesione sociale e significativa presenza di rischi sociali  |
| Generalizzato e generoso                 | Friuli Venezia Giulia<br>Toscana<br>Lombardia<br>Veneto<br>Emilia Romagna | Mix strutturato con la presenza di alcuni segnali di orientamento verso il societario, l'offerta estesa di servizi tradizionali e di orientamento verso la territorializzazione, società discretamente coese con rischi sociali relativamente bassi |
| Mix strutturato                          | Liguria<br>Marche<br>Umbria   | Mix bilanciato fra dinamiche d'integrazione di mercato, stato e societarie. Offerta discretamente diffusa di servizi tradizionali e territoriali, la coesione sociale è discreta e bassi sono i rischi sociali                                      |
| Consolidato ma poco innovativo           | Piemonte  | Mix strutturato ma con pochi segnali di orientamento verso dinamiche di sussidiarietà, l'offerta di servizi tradizionali è estesa ma poco orientata alla territorializzazione, coesione e rischi sociali sono relativamente bassi                   |
| Residuale e poco diversificato           | Lazio<br>Abruzzo  | Il mix è relativamente poco articolato e poco significativi sono i segnali di orientamento verso il welfare societario. L'offerta di servizi tradizionali e territoriali è relativamente poco estesa  |
| Residuale con propensione al societario  | Molise<br>Basilicata<br>Sardegna  | Mix di mercato e stato poco strutturato, ma con alcuni segnali di orientamento verso strutture di tipo societario, l'offerta è poco estesa sia di servizi tradizionali sia territoriali, la coesione è discreta ma alti sono anche i rischi sociali |
| Minimale ed elevata criticità sociale    | Puglia<br>Calabria<br>Campania<br>Sicilia                                 | Debole la presenza di tutti gli attori (pubblici e privati) e mancano segnali di orientamento verso la sussidiarietà, l'offerta appare complessivamente poco estesa e la società poco estesa in presenza di rischi sociali elevati                  |

Fonte: BERTIN 2012

Fatte queste precisazioni, è possibile proporre la tipologia di classificazione dei sistemi di welfare regionale emersa dalla ricerca. Tale classificazione può essere così descritta:

- welfare universalistico con mix di tipo societario. Tale situazione si caratterizza per una rilevante presenza di attori pubblici e di terzo settore sostenuti anche da una società civile integrata e coesa. Il sistema di offerta presenta una copertura ampia ma una presenza del sistema territoriale (accentramento dei servizi) poco diffuso. I rischi sociali sono relativamente bassi. Presentano queste caratteristiche i sistemi di welfare delle regioni Valle d'Aosta e Trentino Alto Adige;
- welfare con mix integrato e universalistico. Le caratteristiche sono un'offerta ampia e diffusa, con attenzione anche allo sviluppo di servizi territoriali. Il sistema di welfare si caratterizza per un mix costituito da attori pubblici e privati che svolgono un ruolo centrale, ma si evidenziano anche segnali importanti sulla presenza di processi di tipo societario. Va notata anche una discreta coesione sociale a fronte di rischi relativamente poco elevati. Appartengono a questo gruppo le regioni: Friuli Venezia Giulia, Toscana, Veneto, Emilia Romagna e Lombardia. Pur in presenza di una sostanziale omogeneità delle regioni appartenenti a questo gruppo, è possibile notare alcune differenze interne. L'Emilia Romagna ha una presenza relativamente maggiore di un Terzo settore organizzato, a fronte di una società relativamente meno coesa. La Lombardia, invece, si caratterizza per una presenza relativamente maggiore di soggetti privati. Queste differenze potrebbero essere segnali dei processi di trasformazione in atto che non sono ancora significativi ma potrebbero, in futuro, consolidare sistemi fortemente diseguali;
- welfare mix strutturato. Le regioni comprese in questo tipo si caratterizzano per la compresenza di mix strutturato, pur con processi di trasformazione verso un sistema di welfare societario ed una propensione a sviluppare servizi territoriali. Il sistema storico di welfare presenta un'offerta media, la coesione sociale del sistema è medio-bassa, ma bassi sono anche i rischi sociali. Appartengono a questo gruppo le regioni: Liguria, Marche, Umbria. Anche in questo caso si segnalano delle differenziazioni parziali nel gruppo. La Liguria sembra insistere su un territorio che ha caratteristiche parzialmente diverse, denotato da bassi rischi sociali e alta coesione;
- welfare consolidato ma poco innovativo. Questa situazione si caratterizza per avere un mix pubblico-privato con relativamente poca presenza di societario. Si evidenzia un sistema di offerta diffuso e consolidato ma con una relativamente bassa diffusione dei servizi territoriali. I rischi sociali sono bassi ma lo è anche la coesione

- sociale. Solo la regione Piemonte presenta queste caratteristiche;
- welfare residuale e poco diversificato. In questo caso, si tratta di sistemi caratterizzati da un'offerta d'interventi tradizionali e istituzionali poco estesa, anche se si segnalano alcuni elementi che tendono verso logiche innovative e territoriali. Poco diversificato è anche l'insieme dei soggetti erogatori di servizi. I rischi sociali del contesto sono relativamente bassi, ma lo è anche la coesione sociale. Quest'ultimo aspetto si sposa con una bassa propensione a sviluppare logiche di tipo societario. Presentano queste caratteristiche le regioni Lazio e Abruzzo;
  - welfare residuale con propensione al societario. Il gruppo di regioni comprese in questo tipo evidenzia un mix caratterizzato da una scarsa presenza di servizi pubblici e privati. La diffusione del sistema di offerta di servizi tradizionali è limitata, come del resto non emergono tensioni all'innovazione o allo sviluppo di servizi territoriali. In questo caso la presenza di una significativa coesione sociale sembra favorire lo sviluppo di pratiche basate sulla solidarietà. La scarsa presenza d'interventi pubblici e di privato sociale non consente di parlare di welfare societario, ma semplicemente di alcuni segnali che potrebbero favorirne la diffusione. Appartengono a questo gruppo le regioni: Molise, Sardegna e Basilicata. Quest'ultima regione, per altro, presenta alcuni elementi di specificità e meno chiare sono le dinamiche di sviluppo della dimensione societaria;
  - welfare minimale ed elevata criticità sociale. Questa situazione è quella più problematica, data la carenza di attori pubblici e di terzo settore. Anche la diffusione dei servizi è ridotta, sia per quanto riguarda quelli tradizionali che per quelli innovativi e territoriali. Questa situazione, per altro, si confronta con un tessuto sociale problematico, caratterizzato da alti rischi e bassa coesione sociale. Appartengono a questo gruppo le regioni Puglia Calabria, Campania, Sicilia. Se si considera la classificazione delle forme di welfare per le regioni italiane presentata e si confronta la variabilità interna di alcuni indicatori impiegati per l'analisi, si può notare come il grado di variazione possa essere considerevole. Per quanto concerne la variabile «Percentuale di spesa pubblica sul totale della spesa», l'indice di variazione interno (calcolato come differenza tra il valore massimo ed il valore minimo riscontrato tra tutte le regioni italiane) si presenta, per tutti i modelli di welfare, contenuto, segnale di un buon grado di omogeneità interna. Questo ci porta a sostenere che per questa specifica variabile, si possa parlare di coerenza tra modello di welfare e modelli sanitari.



Tab. 10 - Confronto fra i sistemi di welfare e i sistemi sanitari nelle regioni italiane (indicatori relativi ai finanziamenti e all'erogazione dei servizi)

| Indicatore                               |                      | % spesa pubblica sulla spesa totale 2007 | Posti letto pubblici/posti letto totali | N. TRM <sup>1</sup> per 1.000.000 abitanti | Personale medico per 1.000 residenti al 1/1/2007 | Personale infermieristico per 1.000 residenti al 1/1/2007 |
|--|----------------------|--|---|--|--|---|
| Modello di Welfare                       |                      |  |   |  |  |   |
| Generalizzato con mix di tipo societario | Indice di variazione | 3,59%                                    | 141,42%                                 | 67,55%                                     | 18,86%   | 6,42%   |
| Generalizzato e generoso                 | Indice di variazione | 2,13%                                    | 35,84%                                  | 18,54%                                     | 8,81%  | 6,07%   |
| Mix strutturato                          | Indice di variazione | 0,84%                                    | 56,03%                                  | 26,71%                                     | 13,09%   | 15,63%  |
| Residuale e poco diversificato           | Indice di variazione | 3,04%                                    | 71,87%                                  | 20,19%                                     | 7,45%  | 1,03%   |
| Residuale con propensione al societario  | Indice di variazione | 2,89%                                    | 72,97%                                  | 53,38%                                     | 13,13%   | 12,01%  |
| Minimale ed elevata criticità sociale    | Indice di variazione | 1,09%                                    | 35,75%                                  | 10,77%                                     | 5,14%  | 2,88%   |
| Italia                                   | Indice di variazione | 4,55%                                    | 43,2%                                   | 29,78%                                     | 10,74%   | 13,61%  |

1 . Tomografo a Risonanza Magnetica.

Prendendo però in esame altre variabili, come la percentuale di posti letto pubblici ospedalieri sul totale posti letto ospedalieri oppure il numero di TRM per 1.000.000 abitanti, si può notare come, internamente a ciascun modello di welfare, il grado di variabilità sia particolarmente elevato. Ad esempio, all'interno del modello di welfare generalizzato con mix di tipo societario (cui ricordiamo, appartengono le regioni Trentino Alto Adige e Valle d'Aosta), il grado di variazione è estremamente elevato per quanto concerne la quota di posti letto pubblici (indice di variazione 141,42%). Simili conclusioni si possono trarre anche rispetto all'indicatore relativo al numero di TRM, che nel modello di welfare residuale con propensione al societario (Molise, Basilicata, Sardegna)

presenta un indice di variazione superiore al 50%. Più contenute, ma comunque rimarchevoli, restano le differenze interne ai modelli di welfare anche per quanto concerne le variabili relative al personale medico ed infermieristico.

Questo primo raffronto permette quindi di sostenere come vi sia una non piena coerenza tra modelli sanitari e modelli di welfare, poiché internamente alle forme del welfare, le regioni che vi appartengono presentano gradi di eterogeneità su alcune variabili decisamente consistenti.

Tab. 11 - Sistemi di governance e sistemi sanitari: un confronto di sintesi.

| tipo di welfare                          | Tipo di sistema sanitario   |  |  |  |  |  |   |  |
|--|---|--|--|--|--|--|---|--|
|  | Publicco (prevalenza) sia nel finanziamento che nell'erogazione, governance mixed | Prevalenza pubblica nel finanziamento, mix nell'erogazione, governance mixed | Prevalenza pubblica nel finanziamento, privato nell'erogazione, governance mixed | Mix nel finanziamento, prevalenza pubblica nell'erogazione, governance mixed | Mix (prevalenza) sia nel finanziamento che nell'erogazione, governance mixed | Mix nel finanziamento, prevalenza pubblica nell'erogazione, governance mixed a prevalenza pubblica | Publicco (prevalenza) sia nel finanziamento che nell'erogazione, governance pubblica-gerarchica | Prevalenza pubblica nel finanziamento, mix nell'erogazione, governance pubblica-gerarchica |
| Generalizzato con mix di tipo societario |   |  |  |  |  |  | Trentino Alto Adige   | Valle d'Aosta  |
| Generalizzato e Generoso                 | Toscana   | Veneto   |  | Emilia Romagna   | Lombardia  | Friuli Venezia Giulia  |   |  |
| Mix Strutturato                          | Liguria Umbria  | Marche   |  |  |  |  |   |  |
| Consolidato ma poco innovativo           |   |  |  |  |  | Piemonte   |   |  |
| Residuale e poco diversificato           |   | Abruzzo  | Lazio  |  |  |  |   |  |
| Residuale con propensione al societario  | Basilicata  | Molise   |  |  |  |  |   | Sardegna   |
| Minimale ad elevata criticità sociale    |   | Puglia   | Campania Calabria  |  |  |  |   | Sicilia  |

Da ultimo, la lettura della tavola di comparazione evidenzia che le forme di welfare sono divergenti da quelle che concernono i sistemi sanitari. Regioni appartenenti al medesimo modello di welfare presentano caratteristiche distinte tra loro, registrando così elevati livelli di variabilità interna.

Leggendo inoltre la classificazione dei sistemi sanitari regionali, va rilevato come quattro delle regioni oggetto della presente ricerca (Lombardia, Veneto, Emilia Romagna e Toscana) si collocano all'interno del medesimo tipo di welfare, generalizzato e generoso, indice di un rilevante grado di omogeneità per le politiche socio-assistenziali. Guardando però ai sistemi sanitari, le quattro regioni presentano caratteristiche ben distinte tra loro. La regione Puglia invece, pur collocandosi in un diverso tipo di welfare rispetto alle altre 4 regioni (welfare minimale ad elevata criticità sociale) presenta un sistema sanitario molto più simile a quello della regione Veneto. L'approfondimento qualitativo e la ricostruzione dei casi regionali costituirà quindi un'importante tassello per la comparazione dei modelli sanitari.

## *7. Conclusioni*

L'attuale fase di ridefinizione dei sistemi di welfare e dei sistemi sanitari ha evidenziato la necessità di ripensare alle tipologie utilizzate per classificarli. Questo processo di ridefinizione deve tener conto della instabilità e rapidità dei cambiamenti in atto e delle profonde diversificazioni già presenti all'interno dei singoli stati nazionali. Tali diversificazioni riguardano la dimensione territoriale ma anche le diverse politiche di welfare e non sono riconducibili ai regimi politici (mutati nel tempo) che caratterizzano i singoli Paesi. L'analisi delle differenze va ricondotta alle complesse dinamiche fra gli attori in gioco ed alla condivisione sulla rilevanza e la natura di interesse pubblico dei rischi sociali.

Per altro, l'analisi dei cambiamenti nei sistemi sanitari evidenzia alcune interessanti linee di tendenza. Rothgang (2010) segnala alcuni processi di trasformazione in atto nei diversi sistemi che richiedono una revisione delle tipologie diffuse e utilizzate in letteratura

Per quanto riguarda il NHS si assiste ad una riduzione della quota di finanziamento pubblico ed anche l'erogazione dei servizi vede una maggiore presenza di soggetti privati. Anche i processi di regolazione si stanno modificando. Alle dinamiche proprie della regolazione gerarchica dello stato si stanno affiancando processi di tipo concorrenziale innescati dalla diversificazione del sistema degli attori.

I sistemi sanitari di tipo SHI evidenziano una costanza della parte di

finanziamento riconducibile al pubblico, e un aumento della presenza di soggetti privati nell'erogazione dei servizi. I processi di regolazione sono ancora dominati dalle dinamiche di tipo corporativo, anche se aumenta la rilevanza di processi gerarchici e le dinamiche della concorrenza.

I sistemi liberisti, basati sulla logica della PHS, vedono un aumento delle risorse pubbliche ed una concreta privatizzazione dell'erogazione del lavoro di cura. La regolazione che si è basata sul mercato viene ora interessata anche da dinamiche tipiche della regolazione pubblica (nella definizione delle regole e nel controllo delle dinamiche del mercato) e da dinamiche gerarchiche anche interne e fra i soggetti privati.

Trasversalmente, tutti e tre i modelli evidenziano un aumento delle dinamiche di tipo mix nei processi di finanziamento. Tutti i sistemi sono, poi caratterizzati da processi di privatizzazione che riducono la presenza del pubblico nel processo di erogazione dei servizi. Infine la regolazione diventa sempre più ibrida (BERTIN 2009) e sviluppa modelli di governance che bilanciano le dinamiche di mercato, della gerarchia e della rete.

Lo scenario sta cambiando e rende sempre meno nette le differenze fra i tipi di riferimento, fra i quali si interpongono sistemi con caratteristiche meno definite e più ibride, portatrici di caratteristiche proprie di modelli teorici diversi.

### *Bibliografia*

- G. BERTIN, La governance ibrida, in Quaderni di sociologia, n. 3, 2009, pp. 249-280
- G. BERTIN (a cura), *Welfare regionale in Italia*, Venezia, Edizioni Ca' Foscari-Digital Publishing, 2012.
- G. ESPING ANDERSEN, *The three words of welfare capitalism*, Cambridge, Polity Press, 1990.
- J. FIGUERAS, E. MOSSIALOS, M. MCKEE, F. SASSI, *Health care systems in Southern Europe: is there a Mediterranean paradigm?*, «International Journal of Health Sciences», 5, 1994, pp. 135-146
- G. GIARELLI, *Un paradigma mediterraneo? Riforme sanitarie e società nell'Europa meridionale*, «Salute e Società», supplemento al n. 1, 2006.
- OECD, *Proposal for a taxonomy of health insurance*, Paris, OECD, 2004.
- N. REIBLING, *Healthcare systems in Europe: towards an incorporation of patient access*, «Journal of European Social Policy», 5, 2010, pp 5-18.
- H. ROTHGANG, C. WENDT, L. FRISINA, *Healthcare system types: a conceptual framework for comparison*, «Social Policy & Administration», 43, 1, 2009, pp. 70-90.
- L. SANG-YI, C. CHANG-BAE CHUN, L. YONG-GAB, S. NAM KYO, *The national health insurance as one type of new typology: the case of South Korea and Taiwan*, «Health Policy», 85, 2008, pp. 105-113.

---

# Elementi di complessità e criticità della governance regionale

Michele Marzulli

## 1. *Differenti modelli di regolazione*

L'analisi comparata tra i diversi modelli di *governance* regionale in ambito sociosanitario permette di mettere in evidenza innanzitutto i rapporti tra i diversi attori, portatori di interesse, e alcune criticità ancora aperte in seguito ai complessi processi di innovazione e cambiamento degli ultimi quindici anni. Il senso di queste trasformazioni (ci si riferisce in particolare alla «seconda» e «terza» riforma sanitaria e al nuovo Titolo V della Costituzione<sup>1</sup>) hanno avuto come obiettivo, tra gli altri, il decentramento delle funzioni e quindi la partecipazione delle comunità locali ai processi di programmazione, committenza ed erogazione dei servizi sociosanitari.

L'obiettivo di questa analisi è individuare quali siano gli elementi di complessità e criticità della *governance*, intesa come sistema di regolazione dei rapporti tra gli attori nelle regioni oggetto di analisi.

Nelle cinque regioni oggetto di studio, dunque, è possibile individuare peculiari forme di collaborazione tra i diversi attori istituzionali (regione, provincia, comune, comunità montane...), le relazioni instaurate con gli erogatori delle prestazioni, la capacità di coinvolgere le forme organizzate del terzo settore, dalle cooperative sociali alle associazioni, fino ai singoli cittadini.

Questo nuovo quadro normativo attribuisce ruoli e obiettivi specifici a ogni attore e aumenta notevolmente la responsabilità dell'attore locale in quanto «elemento chiave» per migliorare la risposta ai bisogni di salute e benessere dei territori, nel senso dalla maggiore adeguatezza (e appropriatezza) alla domanda. Infatti, esso attribuisce un mandato al livello locale che può essere definito di «autogoverno» (FERRARI 2010), anche se non assoluto in quanto messo in relazione con le politiche

---

1. D.lgs. 502/92 e 517/93 e d.lgs. 229/99; l.cost. n. 3 del 18/10/2001.

regionali e nazionali. Infatti, il modello nel suo insieme segue una logica di «complementarietà compensatoria» tra attori diversi, pubblici e privati (BORZAGA 1996). Si tratta quindi di uno stile di gestione orientato alla «partecipazione» sociale e alla negoziazione tra più istanze, in cui all'autorità centrale è riservato un ruolo di coordinamento più che di comando (CIPOLLA, GIARELLI 2002; MATURO 2007).

Ma esiste una seconda dinamica rilevante per le politiche sanitarie e riguarda il rapporto tra cittadini e istituzioni: infatti, in un sistema così strutturato viene a trovarsi al centro dei processi di cura il paziente e il suo contesto familiare, e il loro primo referente, gli enti del territorio e in particolare il livello distrettuale: è a questo livello locale che dunque si possono individuare gli attori capaci di interpretare la domanda di salute dei cittadini, in un'ottica di sussidiarietà. Quindi, oltre all'esigenza gestionale di garantire efficacia del sistema sociosanitario, risulta indispensabile recuperare una dimensione relazionale, e cioè valorizzare quelle istanze capaci di quello scambio di «beni relazionali» (DONATI 2007) che caratterizzano tutti i servizi alla persona.

Rispetto all'origine e all'evoluzione del termine *governance*, bisogna precisare che esso indica in questo contesto le forme che assume la «gestione degli affari comuni», cioè rilevanti per la comunità e per tutti i suoi attori (BERTIN 2009): essa si articola nelle forme che assume la gestione del potere, le dinamiche tra gli attori sociali e il ruolo assegnato ai cittadini. In questa prospettiva, il termine *governance* emerge, nel contesto anglosassone, in antitesi a quello di *government*, che indica la forma classica del governo basato sul principio di autorità e sull'uso di sanzioni (STOKER 1998; BORGONOVÌ 2002). Essa fa invece riferimento a processi di governo basati sulla negoziazione e l'integrazione fra gli attori sociali: in questo senso, prendere come oggetto di riflessione l'integrazione tra ambito sociale e sanitario assume un valore determinante.

La *governance* ridisegna i confini reciproci e le relazioni tra tutti gli attori del sistema: quello pubblico, quello privato di mercato e il terzo settore (RHODES 1997, RHODES 2007). Assumere il punto di vista della *governance*, dunque, permette di guardare ai diversi attori del sistema come soggetti portatori di interessi, culture, competenze, che entrano in relazione tra loro, in una sorta di gioco regolato da norme condivise. In questo gioco è bene tenere conto di diversi fattori di complessità che diversificano il panorama attuale da quello del modello del *government*: innanzitutto l'interdipendenza, e quindi la mancanza di autonomia in senso assoluto di tutti gli attori e delle organizzazioni di cui sono parte; e poi il potere discrezionale degli attori, in quanto solo alcuni dispongono delle risorse utili per determinare le scelte (in termini di «agenda setting») e influenzare la finalizzazione delle risorse.

La dipendenza reciproca degli attori, in un rapporto tendenzialmente orizzontale (perché diverso da quello gerarchico), rende chiaro il riferimento alla metafora delle rete, intesa come sistema infraorganizzativo complesso (BERTIN, FAZZI 2010, p. 20), non come semplice alternativa alla logica dello Stato e del mercato.

In Italia questo processo può essere ritrovato in quel complesso, e non sempre lineare, percorso che dagli anni Settanta del secolo scorso ha comportato la ridefinizione dei rapporti tra le istituzioni statali, regionali e locali. La riforma del Titolo v della Costituzione, può essere letta anche come processo che facilita l'evoluzione delle relazioni verso il modello della sussidiarietà (VILLA 2003) che, infatti, viene introdotto esplicitamente nella Costituzione come forma della regolazione tra gli attori. Nel senso più eminente la sussidiarietà presuppone che la risposta più adeguata alla domanda sociale sia quella fornita dall'istituzione più vicina ai cittadini, quindi dal punto di vista dell'organizzazione dell'amministrazione pubblica, dal territorio.

Questo principio rende anche evidente la ragione per cui diversi attori locali e loro legittimi interessi possano configurare modelli di gestione degli affari comuni anche molti differenziati.

L'evoluzione in senso regionale dei sistemi sanitari ha però comportato un processo che non ha ridotto, ma aumentato sia il livello di differenziazione che le stesse disuguaglianze (FORMEZ 2007; AGENAS 2011, FOGLIETTA, TONIOLO 2012).<sup>2</sup> Si tratta dell'esito di un processo di ridefinizione delle relazioni tra gli attori che ha istituito un sistema di welfare ad assetto variabile, molto condizionato dal livello locale (FERRARI 2010).

Nella parte empirica, sul campo, della ricerca «I processi di trasformazione dei sistemi sociosanitari»<sup>3</sup>, da cui trae spunto questa analisi, sono emerse differenze nei modelli di governance regionale tali da non disegnare solo un modello diverso tra Nord e Sud (ASCOLI 2011), ma anche nelle stesse macroaggregazioni regionali. E non si tratta solo di modelli diversi per *vision* e *mission* (su tutti si pensi alla differenza tra il modello lombardo e quello toscano, oggetti della ricerca), ma anche di organizzazione dei servizi sanitari e sociosanitari sul territorio: il diverso ruolo del Distretto, per esempio, e i diversi tempi con cui procedono le relative riforme a livello locale, mostrano un quadro differente anche sul piano operativo. Si tratta di un processo storico che in alcuni casi ha

2. Per quanto riguarda le disparità, per esempio, in termini di differenze di salute, che non sono oggetto della presente ricerca, si veda il recente: Bertin e Niero, 2011.

3. Progetto di Ricerca Corrente 2010, «I processi di trasformazione dei sistemi sociosanitari», finanziato dal Ministero della Salute e realizzato per conto di AGENAS, dall'Università Ca' Foscari di Venezia.

fatto parlare di un passaggio dal modello del welfare state a quello delle *welfare regions* (FERRERA 2008) per sottolineare la rilevanza del livello regionale nella governance delle politiche sociali e sanitarie, soprattutto nel contesto europeo.

Un primo elemento di riflessione riguarda quindi il ruolo che assume non la governance in generale ma quella di tipo «multilivello», intesa come una visione capace di valorizzare tutti gli attori che a livelli diversi condividono e influenzano il processo di costruzione delle decisioni (HOOGHE, MARKS 2001). Il tema della *multilevel* governance emerge in contesto europeo, nel momento in cui viene tematizzato il ruolo di altri attori istituzionali oltre alle autorità nazionali e sovranazionali (in questo caso, oltre gli stati europei e l'Unione Europea). È la valorizzazione di un livello «meso», quello regionale, che assume un ruolo autonomo e relativamente indipendente da quello nazionale. Questa complessificazione del quadro degli attori aiuta a cogliere il fatto che in un modello multilivello il processo di presa delle decisioni è «condiviso» da attori diversi a livelli diversi e non è più, quindi, monopolio di un solo attore. Per comprendere le politiche quindi non è sufficiente analizzare un solo livello istituzionale, occorre prendere in considerazione tutti i livelli. E bisogna infine tenere conto che l'interconnessione tra i diversi livelli è tale che per comprendere i processi di definizione delle politiche è necessario analizzare come essi siano connessi tra loro a livello locale. Questo livello è, infatti, quello in cui si possono incontrare tutti gli attori delle politiche, sia di tipo istituzionale che non (il «pubblico» e il «privato»).

Da questo elemento discende una seconda osservazione: la rilevanza della dimensione orizzontale delle relazioni (BERTIN, FAZZI 2010). Infatti, in un quadro in cui il solo potere centrale non è attore monopolista delle decisioni, la relazione verticale (tra governo centrale e locale) non è sufficiente a comprendere le dinamiche territoriali. Nel contesto delle politiche sanitarie territoriali quindi il nodo riguarda la costruzione partecipata da tutti gli attori dei Piani locali (dai tradizionali Piani di zona ai più complessi Piani sociosanitari integrati), ma anche gli strumenti che rendono possibile la collaborazione tra i diversi soggetti portatori di interesse (come le Unità di Valutazione Multidimensionale, UVM, o le Porte Uniche di Accesso, PUA).

Un terzo elemento di riflessione su cui si concentra questa analisi riguarda il tema, che discende dai primi, della partecipazione dei cittadini al sistema sanitario a livello locale. In particolare si deve prendere in considerazione il tema del coinvolgimento dei cittadini, in forma singola e associata, ai processi di programmazione delle politiche territoriali (PACI 2008). In questo senso, è rilevante evidenziare quale forma assume la partecipazione, se cioè essa risulti di tipo esclusivamente consultivo



oppure se esistano forme anche di tipo deliberativo (BERTIN, FAZZI 2010; BOBBIO 2007). Questo livello, infatti, appare come più idoneo, rispetto a quelli regionali, per avvicinare i cittadini e le loro associazioni ai tavoli della programmazione: il loro ruolo può infatti essere rilevante sia nelle fasi preliminari di analisi del bisogno sia in quelle successive, fino alla valutazione degli interventi messi in campo.

Nello stesso senso, i cittadini possono essere partecipi anche in altro modo, divenendo soggetti attivi, come singoli, famiglie o gruppi, dei diversi momenti del processo di cura. Si deve, infatti, tenere conto di come la salute in quanto diritto assuma anche una dimensione «politica» e i cittadini nel sistema sanitario possono essere intesi secondo diverse dimensioni: se non vengono ridotti al ruolo di semplice utente o cliente di servizi sanitari (i «pazienti»), ma come portatori di risorse che possono essere messe a disposizione del sapere professionale (FOLGHERAITER 2007), si può aprire un processo di co-costruzione di senso (CIPOLLA 2002) capace di coinvolgere davvero tutti i soggetti portatori di interesse. La presenza di forme di collaborazione tra diverse professionalità e di piani individuali di assistenza che prevedano il contributo dei destinatari degli interventi, ma anche delle loro reti sociali fondamentali, può essere un indicatore di un sistema che si apre davvero alla partecipazione.

## *2. L'organizzazione e la regolazione regionale: i nodi problematici*

Un primo oggetto di analisi è rappresentato dal modello organizzativo e della regolazione fra gli stakeholder a livello regionale. In particolare l'analisi si concentra sul modello di governance regionale e sulla relazione tra i diversi attori pubblici (regione, enti locali e aziende sanitarie): in questo senso emerge il tema del «multilivello».

Particolarmente rilevante in questo campo risulta la riflessione sull'organizzazione regionale in relazione al tema dell'integrazione sociale e sanitaria. Infatti, se non si intende con essa un mero accorpamento di funzioni, un fine in sé (GUIDUCCI 1988), ma piuttosto uno strumento destinato a raggiungere obiettivi di salute e di cura più adeguati ai mutamenti di ordine epidemiologico e più in generale agli stili di vita, è evidente che l'integrazione sociale e sanitaria costringe l'attore pubblico a rivedere il proprio ruolo. In particolar modo le istituzioni di governo centrale hanno l'occasione di un riposizionamento nella relazione con gli altri attori: dai Comuni titolari della competenza sociale (secondo la l.n. 328/2000) alla medicina di territorio, chiamata a integrare i propri percorsi di cura con la riabilitazione e con le risorse delle stesse comunità di origine dei pazienti.

Nell'analisi che segue vengono quindi sottolineati alcuni nodi critici, sia in riferimento al ruolo di indirizzo della Regione rispetto agli altri livelli del decentramento, con particolare attenzione alla programmazione; sia alle forme dell'integrazione sociosanitaria.

Ma in fase preliminare è bene innanzitutto rilevare una problematica di ordine generale che emerge a un'osservazione più attenta. Il ruolo e l'influenza prevalente che svolgono alcuni fattori di «contesto» come la stabilità amministrativa, la crisi finanziaria, i continui processi di riforma: tutti quei fattori che, dunque, esulano dal modello di governance prevalente ma che influiscono sull'efficienza della pubblica amministrazione, sulla sua «performance», intesa come capacità di rispondere in modo adeguato alle aspettative dei cittadini, usando le risorse di cui dispone. Il riferimento è ai classici studi di Putnam (1993, 2000) sul tema del «rendimento istituzionale» delle Regioni italiane, ripreso anche di recente da Ricolfi (2007 e 2010). Infatti, Putnam, nel costruire gli indicatori funzionali che misurano l'efficienza delle Regioni italiane, individua nella stabilità politica del governo regionale, un fattore chiave. È quindi evidente che questo aspetto, eccentrico rispetto al modello di governance su cui è costruito il sistema sanitario regionale, costituisce però un fattore essenziale per valutare la distanza che si registra tra il livello esplicito, espresso nei documenti della programmazione e il livello implicito, delle pratiche concrete (FERRARI 2010).

### *2.1. La centralità dei fattori di contesto*

Come già rilevato in altre ricerche (FORMEZ 2007), la stabilità politica sembra essere un fattore decisivo per comprendere la coerenza interna di sistemi che hanno subito negli anni continui cambiamenti. A questo si deve poi aggiungere un percorso riformatore degli ultimi quindici anni non sempre coerente anche a livello nazionale: si pensi alla differenza tra la «seconda» riforma sanitaria (l'aziendalizzazione, 1992 e 1993) e la «terza» (riforma Bindi, 229/1999). Oppure alle incongruenze tra la riforma dell'assistenza (l. 328/2000) e il modello di governance che emerge dal nuovo Titolo v della Costituzione (Legge Cost., n. 3 del 18/10/2001), in merito alla competenza esclusiva o concorrente di alcune materie. E più in generale si deve tenere conto di un processo riformatore nazionale, ma anche regionale, in costante cambiamento e di cui è complesso valutare gli esiti.

In merito alla prima tematica, si può osservare il caso della Lombardia, una regione che avendo goduto di una forte stabilità (la medesima maggioranza politica guidata dalla stessa leadership per circa vent'anni), presenta un profilo connotato in maniera chiara: da una parte molto

coerente al proprio interno e dall'altro molto diverso rispetto a tutti gli altri sistemi regionali. Infatti, la forte connotazione politica (il sistema di «quasi mercato» sul modello anglosassone; GORI 2005) ha consentito la costruzione di un sistema che non solo è unico nel panorama nazionale ma anche molto coerente. Le più recenti innovazioni normative (l.r. n. 3/2008) infatti, trasformano i cittadini in persone che ricevono una «dote sanitaria» da spendere nel mercato delle «unità d'offerta sociale e sanitaria» (accreditate dall'attore pubblico). Uguale coerenza presenta la Toscana, regione con una stabilità paragonabile a quella lombarda, in cui il sistema si presenta fortemente connotato, anche se in senso diverso, in quanto sistema preposto a garantire il «diritto alla salute» dei cittadini.

La differenza della Regione Lombardia è ancora più interessante se si tiene conto che essa ha potuto muoversi all'interno del quadro normativo nazionale in totale autonomia: infatti, ha potuto evitare di applicare la l.n. 328/2000, così come non ha applicato alcune misure che maggiormente informavano la *vision* della riforma Bindi. Questa condizione è attestata per esempio dalla mancata enfasi sul distretto sociosanitario in tutta la normativa regionale, come ha evidenziato il report della ricerca «I processi di trasformazione dei sistemi sociosanitari» da cui traggono spunto queste riflessioni.

In generale, però, il processo di «riforma continua» della normativa nazionale ha reso possibile l'applicazione solo parziale dei provvedimenti normativi più rilevanti e il continuo mutamento di direzione delle riforme nazionali si è fatto sentire anche nelle regioni politicamente più stabili.

Infatti, allo stesso tempo si deve rilevare come l'autonomia regionale abbia reso il panorama dello stesso servizio sanitario nazionale fortemente differenziato e non sempre coerente. Ci si riferisce in particolare alla diversa organizzazione politico-amministrativa delle materie relative all'ambito sociale e sanitario. In generale le regioni analizzate presentano tutte una distinzione tra le funzioni politiche: sono, infatti, presenti due assessorati per le politiche sanitarie e sociali; altre regioni, come Friuli Venezia Giulia e Basilicata, per fare due esempi eminenti collocati in contesti geografici molto diversi, hanno invece optato da tempo per un assessorato unificato per le funzioni sociale e sanitaria.<sup>4</sup>

Se in generale la distinzione tra le funzioni politiche può essere ritenuta non ostativa rispetto alla prospettiva dell'integrazione sociale e sanitaria, è a livello tecnico che invece si riscontra una rimarchevole eccezione, in quanto solo la Lombardia presenta una distinzione anche

---

4. Per un confronto allargato anche a queste Regioni si veda anche BERTIN 2012 e in particolare il contributo sulla governance (MARZULLI, ZANTEDESCHI 2012).

a questo livello: due Direzioni generali con competenze separate per il sanitario e per il sociale e nessuna forma istituzionale di coordinamento specifico tra di esse (per esempio, una cabina di regia).

Per quanto le altre regioni presentino soluzioni differenti (una sola Direzione generale oppure come nel caso delle Puglia un'Area con servizi specifici per l'integrazione), è evidente come alcuni problemi relativi all'integrazione sociosanitaria rilevabili nel modello lombardo possano trarre origine proprio da questa distinzione a livello istituzionale.

Altre problematiche relative al contesto dei modelli regionali riguardano i problemi di natura finanziaria e normativa. In particolare il sistema sanitario pugliese risente del «Piano di rientro» necessario per colmare il suo deficit economico e quindi costringe non solo a ridurre i costi ma a rimandare l'applicazione di alcuni processi molto rilevanti (come il «congelamento» dei PAL, Piani attuativi locali, che a livello di azienda sanitaria, quindi provinciale, dovrebbero tradurre le indicazioni del Piano sanitario regionale e guidare a loro volta la programmazione territoriale, i PAT, Piani di attività territoriali).

Per quanto riguarda i problemi di natura normativa, il più rilevante riguarda le Società della Salute della Toscana: questo istituto che dovrebbe essere il veicolo della vera innovazione istituzionale regionale, è oggi messo in discussione dalla sua dubbia legittimità, in seguito ad un provvedimento nazionale che abolisce i «Consorzi pubblici di funzioni» che è la configurazione giuridica delle Società della Salute<sup>5</sup>.

Infine, il sistema veneto presenta un'altra problematicità, su cui si tornerà anche più avanti: pur vivendo una stagione di relativa stabilità politica, con un governo regionale stabilmente governato dal medesimo schieramento elettorale, il Piano sociosanitario regionale ha dovuto attendere più di dieci anni per essere formalmente approvato. Infatti, il primo Piano del 1996 è stato prorogato fino a tutto il 2012, quando finalmente è stato deliberato il secondo, come si vedrà anche nel prossimo paragrafo.

Questi ultimi casi segnalano come l'innovazione normativa regionale, destinata a incidere profondamente sui modelli di governance (sui processi di programmazione e sugli attori coinvolti), possa essere di fatto resa inefficace da fattori esogeni, di contesto, che assumono un carattere preponderante rispetto al disegno riformatore interno. Più in generale quindi, il cammino dei processi di innovazione risente profondamente di fattori di contesto in cui si trovano a operare tutti gli attori al livello locale, con conseguenze anche rilevanti sul piano dell'implementazione delle politiche.

---

5. Si tratta della Legge Finanziaria 2009, in particolare: l'articolo 2, co. 186, lettere a) ed e), della legge n. 191 del 2009.

## 2.2. Il ruolo di indirizzo della Regione: i Piani sociali e sanitari

Un elemento che permette di valutare nel merito i modelli di governance delle regioni analizzate riguarda il ruolo di indirizzo dell'ente Regione. Il disegno normativo, infatti, pur nella sua non linearità come già detto, attribuisce comunque ad essa il ruolo di guida del sistema sociosanitario regionale. Questo ruolo guida si esplica soprattutto nel processo di costruzione e promulgazione di un documento di programmazione regionale: il Piano regionale sanitario e/o sociale, che si presenta con denominazioni differenti in ogni Regione (vedi Tab. 1).

Si tratta di un documento fondamentale in quanto, non solo, definisce le priorità in tema di salute e benessere dei cittadini, ma anche le forme della relazione tra tutti gli stakeholder: l'attore pubblico e privato, i diversi livelli di governo, centrale e territoriale, il privato profit e non profit, i cittadini in quanto tali. Non solo, ma la programmazione locale dipende logicamente e funzionalmente da esso.

Tab. 1 - I Piani sociali e/o sanitari in vigore

| Regione        | Denominazione Piano                           | Sigla | Annualità  |
|----------------|---|-------|------------|
| Emilia Romagna | Piano Regionale Sociale e Sanitario           | PRSS  | 2008-2010  |
| Lombardia      | Piano Sociosanitario regionale                | PSSR  | 2010-2014  |
| Puglia         | Piano Regionale di Salute                     | PRS   | 2008-2010  |
| "              | Piano Regionale delle Politiche Sociali       | PRPS  | 2010- 2012 |
| Toscana        | Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale | PSSIR | 2012-2015  |
| Veneto         | Piano Sociosanitario regionale                | PSSR  | 2012-2016  |

Nei casi analizzati, emergono alcune problematiche che possono essere riassunte sottolineando la frammentazione del processo programmatico centrale e talvolta la sua lacunosità. Un primo caso riguarda le regioni che hanno un Piano in deroga, nel senso che non hanno un Piano regionale aggiornato: Emilia Romagna, Puglia e Veneto fino al 2012. Le situazioni sono molto differenti ma meritano un'uguale considerazione rispetto al tema della governance, in quanto in assenza di un Piano definitivo, in attesa della conclusione del processo di costruzione di quello successivo, si è assistito a fenomeni di «adattamento» del sistema. Un primo fenomeno riguarda la rilevanza assunta dalla Giunta regionale che, in genere, si è trovata a redigere atti normativi con lo scopo di definire le linee di sviluppo del sistema, nelle more dell'approvazione del nuovo Piano (per quanto con motivazioni diverse, questa tendenza si presenta anche in Regione Lombardia).

Naturalmente i tre casi indicati sono molto differenti, infatti, il Veneto ha approvato il suo secondo programma triennale solo nel 2012, e quindi è stato in attesa di un Piano per molto tempo (il primo Piano regionale risaliva al 1996). Anche se oggi si è arrivati a un nuovo importante atto di pianificazione, l'analisi evidenzia come nel corso degli ultimi quattordici anni (dal 1998, conclusione della prima triennalità), il settore sia stato governato attraverso delibere di Giunta, uno strumento cioè che favorisce l'esercizio di un potere legittimo, ma difficilmente conciliabile con il modello di governance multilivello secondo lo spirito della stessa normativa regionale.

Anche in Emilia Romagna, gli operatori del servizio sanitario regionale a livello locale intervistati nel corso della ricerca, hanno manifestato la loro preoccupazione in merito a questa condizione di vacanza normativa. La sensazione è quella di essere marginali rispetto a una funzione centrale, regionale, che tarda rinnovare l'atto fondamentale per il governo del sistema.

Un caso diverso è quello della Puglia, che unica tra i casi esaminati, presenta due piani distinti per l'area sanitaria e per quella sociale. In questo caso, poi, i due piani si trovano ad essere disallineati a livello temporale, in quanto il Piano regionale delle Politiche Sociali è aggiornato al 2011, mentre il Piano sanitario è rimasto alla triennalità 2008-2010, elaborato quindi nel corso del 2007. In questo caso, la ragione del ritardo è certamente da individuare nella più vasta problematica relativa al Piano di rientro finanziario per la sanità (2010-2012) che rende incerto tutto il modello di governance. Infatti, gli interventi determinati dal Piano di rientro acquisiscono il valore di priorità rispetto a qualsiasi altro atto programmatico in questo settore.

Nelle regioni dove il Piano regionale, integrato tra sociale e sanitario, è in vigore regolarmente, presentano comunque situazioni non prive di alcune problematiche. In Lombardia per esempio il nuovo Piano Socio Sanitario Regionale 2010-2014 (che nonostante la lettera della norma è oggi non più triennale ma quinquennale) è diventato uno strumento molto «leggero» che fornisce alcuni indirizzi di carattere generale, ma di scarsa complessità: infatti, ridotto di consistenza ad ogni rinnovo, è oggi un documento di circa 40 pagine, a fronte di un primo Piano lombardo (triennalità 2002-2004) di più di 200 pagine, un documento che delineava in maniera molto precisa i contorni del sistema. Il confronto sulla consistenza degli altri documenti conferma l'impressione di un documento molto generico (Tab. 2). Sul senso e l'utilità di un tale docu-

mento alcuni dirigenti regionali e osservatori nutrono molti dubbi.<sup>6</sup> Ma soprattutto sul piano del modello della governance è evidente come le indicazioni che non sono contenute in questo atto di programmazione seguano implicitamente altri vettori, come le Delibere della Giunta regionale (è il caso delle «Regole di sistema» o «Regole di gestione del Servizio Sociosanitario regionale», che assume la forma della delibera di giunta regionale, d.GR).

Si tratta di una tendenza che se è evidente in questo caso, non è priva di riscontri in altre regioni, quando il Piano regionale assume il ruolo di «piano quadro», le cui norme operative sono destinate a specificare gli elementi più significativi e determinanti anche per le pratiche di governance ai diversi livelli. In sintesi, se questa tendenza si confermerà, il livello centrale (regionale) rischia di modificare la logica della governance multilivello, riducendo la capacità degli altri livelli di interagire con esso.

La Toscana invece, nel 2012 ha approvato il suo primo Piano integrato (per la quadriennalità 2012-2015): è evidente come il sistema abbia vissuto un percorso di avvicinamento al modello di programmazione integrata tra sociale e sanitario che è durato molto a lungo e di cui solo tra qualche anno sarà possibile valutare gli effetti. La variabile temporale, infatti, non è affatto secondaria nel determinare la possibilità degli enti centrali di informare con la propria azione le politiche a livello locale.

In sintesi, dunque, il documento fondamentale della programmazione, da cui devono discendere come corollario gli altri atti di programmazione (e quindi il coinvolgimento degli attori del sistema), sembra essere uno strumento tutt'altro che consolidato. È dunque evidente che non sempre esso sia il canale attraverso cui vengono elaborate, magari in forma partecipata e concertata, le linee di indirizzo del sistema sociale e sanitario regionale.

Questo tema deve essere sottolineato anche attraverso l'analisi di un'altra dimensione, quella concettuale relativa al modello di governance prevalente in relazione al ruolo della Regione in quanto ente pubblico.

6. Per esempio, il giudizio di CGIL, CISL e UIL unitariamente, è molto chiaro: «La *Proposta di Piano socio sanitario regionale 2010-2014* è un documento molto sintetico, che contiene una serie di indicazioni che lo caratterizzano più come un documento di «Linee programmatiche» che un vero e proprio documento di programmazione che, secondo l'art. 3 della l.r. 33/2009 dovrebbe indicare «le attività sanitarie e sociosanitarie da erogare per ognuno dei livelli essenziali di assistenza». Il piano non contiene riferimenti ai piani precedenti, né contiene un bilancio degli obiettivi raggiunti, delle parti carenti, di quanto resta da fare». Fonte: Piano Socio Sanitario Regionale 2010-2014. Le opinioni, i commenti e i contributi di CGIL CISL UIL Lombardia, sono disponibile anche in Internet: <http://www.cgil.lombardia.it/Portals/0/AreeTematiche/welfare/sanita/documento%20CGIL%20CISL%20UIL%20PSSR%202010%20-%202015-9-2010.pdf> (2013/03/15).

Seguendo uno schema utilizzato altrove per l'analisi delle politiche sociali regionali, è possibile individuare alcune tipologie di ordine macroscopico in cui suddividere i diversi sistemi sanitari analizzati (BERTIN 2009). In secondo luogo, una volta individuati degli «idealtipi» in base al dettato normativo, sarà possibile effettuare un confronto con le politiche agite, per verificare l'eventuale distanza tra il piano esplicito e quello implicito (FERRARI 2010), ma anche il senso di questa distanza, la direzione che quindi il sistema regionale sta seguendo *de facto*.

La tipologia che si vuole utilizzare individua tre diverse forme di regolazione dotate di logiche e dinamiche distinte: gerarchia, mercato e rete (MARZULLI, ZANTEDESCHI 2012). Il primo modello è quello tradizionalmente dominante nelle politiche pubbliche e che fa capo in genere allo stato: in esso la legittimazione delle decisioni passa attraverso le forme dell'autorità e del potere. Ma accanto alle relazioni «gerarchiche», entrate in crisi con lo stesso modello del welfare state, storicamente inteso, è emerso un nuovo paradigma anche per le politiche pubbliche che è quello del mercato. Esso viene inteso sostanzialmente quale forma organizzativa capace di autoregolamentazione, in cui emerge il linguaggio della libertà di scelta del cittadino utente dei servizi, inteso quale consumatore. Infine, si deve evocare una logica differente, quella reticolare, maggiormente capace di rendere conto della complessità e dell'interdipendenza tra gli attori dei processi decisionali. Essa promuove, quali meccanismi di regolazione, i legami fiduciari tra gli attori e tende a valorizzare risorse diverse da quelle economiche e autoritative, cioè il capitale sociale, le relazioni e lo scambio di beni relazionali, diversi per definizione da quelli economici o di potere (DONATI 2005; ROSSI, BOCCACCIN 2007).

Analizzando gli atti normativi relativi alla programmazione sanitaria o sociosanitaria integrata, i Piani regionali indicati in Tab. 1, emerge con chiarezza il prevalere di parole chiave e logiche di carattere reticolare e partecipativo e in alcuni casi di mercato (Tab. 2). Sono anche riscontrabili riferimenti alla centralità dell'ente pubblico, a diversi livelli: locale o territoriale (per esempio, distrettuale) soprattutto nella misura in cui viene evocata la comunità; a livello regionale, con l'enfasi sul ruolo dell'ente regionale e della sua rilevanza nell'indirizzo soprattutto sulle aziende sanitarie; infine emerge l'importanza degli organismi di area vasta, di cui si tratterà più avanti. Questa centralità dell'ente pubblico, soprattutto dove viene indicato quale attore principale della programmazione (magari definita non casualmente «pianificazione»), viene intesa qui come testimonianza di una tendenza a valorizzare ancora l'ente pubblico, e quindi come logica di tipo gerarchico.



Tab. 2 - Tipologia prevalente nei Piani sociali e/o sanitari in vigore

| Regione        | Piano Regionale                         | Parole chiave   | N° totale pagine | Modello di riferimento              |
|----------------|---|---|------------------|-------------------------------------|
| Emilia Romagna | PRSS<br>2008-2010                       | Partecipazione, comunità, integrazione, pianificazione pubblica.  | 188              | Rete, con elementi di gerarchia.    |
| Lombardia      | PSSR<br>2010-2014                       | Libertà di scelta, libertà di offerta, razionalizzazione, benessere individuale, centralità ente Regione.   | 40               | Mercato, con elementi di gerarchia. |
| Puglia         | PRS<br>2008-2010<br>e PRPS<br>2009-2011 | Partecipazione, concertazione, diritti di cittadinanza, equità (PSR); integrazione, partecipazione, cittadinanza attiva, razionalizzazione (PRPS) | 358<br>(210+148) | Rete                                |
| Toscana        | PSSIR<br>2012-2015                      | Rete, equità, persona, comunità, diritti di cittadinanza, centralità attore pubblico.   | 410              | Rete, con elementi di gerarchia.    |
| Veneto         | PSSR<br>2012 - 2016                     | Concertazione, partecipazione, persona, comunità.   | 160              | Rete                                |

Mettendo quindi a confronto il livello normativo, concettuale, esplicitato dai Piani regionali con il livello fenomenico (BERTIN 2012), implicito, come si è realizzato nel corso degli ultimi anni, emergono differenze notevoli. Da una parte la maggiore congruità di un livello empirico, fenomenico, capace di modificare profondamente quello normativo. Una dinamica che altri sintetizzano anche con l'emersione di un livello implicito, ma agito, che ridefinisce in maniera difforme il livello esposto, esplicito. Il ritardo nella costruzione dei Piani regionali si rivela quindi all'origine di una tendenza degli organismi centrali a emanare atti di indirizzo costruiti in maniera non adeguatamente partecipata.

Dall'altra, la tendenza dei sistemi a mantenere procedure improntate a uno spirito gerarchico. Una dinamica che può essere interpretata anche in senso inerziale, come resistenza al cambiamento (BERTIN, FAZZI 2010). La stessa dinamica che in altro contesto è stato rilevato soprattutto nel sistema del finanziamento degli interventi (MARZULLI 2012). In quel caso era emerso come la pratica di fornire ai territori finanziamenti in forma frammentata e settoriale, si rivelava essenziale nel rendere frammentario il processo stesso di programmazione locale e ne riduceva la capacità di informare di sé il sistema.

### 2.3. *Le Aziende sanitarie e le funzioni sovraziendali*

In tutte le regioni analizzate, il ruolo delle aziende sanitarie è inteso in modo coerente con la normativa vigente (d.lgs. 502/92 e 517/93 e d.lgs. 229/99) in termini di gestione manageriale ma anche di luogo del decentramento dei ruoli della programmazione.<sup>7</sup>

Un tratto comune alla normativa sembra essere quello di intendere l'azienda sanitaria (con le diverse denominazione che assume, vedi Tab. 3) quale ente «strumentale» della regione. Da questo punto di vista, le differenze regionali non sono particolarmente rilevanti. Ciò che invece risulta più interessante e talvolta decisivo, è il ruolo e le forme che essa assume nella relazione con il territorio (enti pubblici, erogatori delle prestazioni e cittadini).

Tab. 3 - Le Aziende sanitarie dopo la «seconda riforma» (1992-1993)

| Regione        | Denominazione Aziende                | Sigla |
|----------------|--------------------------------------|-------|
| Emilia Romagna | Azienda Unità Sanitaria Locale       | AUSL  |
| Lombardia      | Azienda Sanitaria Locale             | ASL   |
| Puglia         | Azienda Sanitaria Locale             | ASL   |
| Toscana        | Azienda Unità Sanitaria Locale       | AUSL  |
| Veneto         | Azienda Unità Locale Socio Sanitaria | AULSS |

La differenza maggiore può essere rilevata nella presenza o meno di luoghi in cui vengono rappresentate le cosiddette «aree vaste». Si tratta della denominazione che assumono le aggregazione territoriali che vengono individuate in alcune regioni per accorpate le funzioni di programmazione: l'obiettivo esplicito di queste macrostrutture è, come nel caso dell'Emilia Romagna, l'ottimizzazione della qualità ed efficienza dei servizi tecnico-logistici o delle funzioni di assistenza sovraziendali. In Toscana, l'altro caso in cui è stata definita la presenza di organismi di area vasta, essi assumono esplicitamente la funzione di costruire atti di programmazione, in coerenza con il Piano regionale, ma a un livello sopra o interaziendale. In questa sede, le aziende coinvolte, non sono solo quelle sanitarie locali (ASL) ma anche le aziende ospedaliere (AO) o ospedaliero-universitarie. I coordinatori di questi organismi di area vasta sono inoltre parte di un altro organismo toscano di programmazione locale, la «Conferenza regionale delle Società della Salute e delle Conferenze zonali dei Sindaci»: questa conferenza risulta di particolare

7. Per un'analisi completa del funzionamento delle aziende sanitarie si rimanda al contributo specifico.

rilievo in quanto luogo di programmazione ma anche di negoziazione, poiché concorre a determinare, tra le altre cose, il riparto delle risorse destinate a ciascuna azienda.

Il caso dell'Emilia Romagna è ancora più complesso, in quanto, oltre alle aree vaste, è previsto anche un altro luogo di raccordo istituzionale a livello macroterritoriale, la Conferenza Territoriale Sanitaria e Sociale (CTSS, che comprende provincia, comuni e AUSL), in cui rappresentanti degli enti locali e dell'azienda sanitaria sono chiamati a incontrarsi a livello provinciale.

In sostanza, le aree vaste rappresentano un ulteriore momento di negoziazione inserito a livello macroterritoriale che si pone tra quello regionale e quello locale in senso stretto.

Le altre regioni esaminate, invece, prevedono che il raccordo interistituzionale avvenga al livello locale (per esempio di territorio della singola azienda sanitaria o distrettuale) oppure a quello regionale, in un organismo avente carattere prevalentemente politico e che può assumere varie denominazioni (in genere è una «Conferenza regionale per l'integrazione sociale e sanitaria»).

Rimane quindi problematico capire se organismi di area vasta rappresentino uno strumento di razionalizzazione e di integrazione delle risorse oppure uno strumento ridondante rispetto ad altri livelli di governo. Sembra però che si possa dire che dove essi siano assenti, venga accentuata la funzione puramente strumentale dell'azienda sanitaria, rispetto all'ente gerarchicamente superiore, la regione, a scapito della possibilità di partecipare anche alla programmazione a un livello che non sia solo quello locale. È questa l'impressione che si è rilevata per esempio in passato in Lombardia (GORI 2005), soprattutto nel rapporto tra regione-ASL-comuni che è stata intesa come troppo gerarchica da questi ultimi, soprattutto quando è stato deciso attraverso Delibera di Giunta il vincolo dei finanziamenti per le politiche sociali alla forma del *voucher* (titoli sociali).

Nelle intenzioni della Toscana, invece l'area vasta assume un ruolo centrale, quale luogo in cui trovare «le risposte alla maggior parte dei bisogni dei cittadini residenti e alla quale compete la pianificazione della produzione ospedaliera complessiva e la gestione dei percorsi integrati interaziendali» (PSSIR 2012-2015, p. 15).

La Tab. 4 sintetizza alcuni elementi di criticità emersi nell'analisi dell'organizzazione e della regolazione a livello regionale nel presente e nel precedente paragrafo. Si tratta di elementi che devono essere tenuti in considerazione per la loro potenziale divergenza con il modello della *multi-level governance*.

Tab. 4 - Le criticità dell'organizzazione e della regolazione regionale

| Regione        | Criticità individuate   |
|----------------|---|
| Emilia Romagna | Ritardi nella programmazione regionale  |
| Lombardia      | Distinzione politica e tecnica delle funzioni sociale e sanitaria; assenza di strutture di area vasta; assenza di strutture di area vasta; esiguità del documento di Programmazione regionale     |
| Puglia         | Piano di rientro (fattore di contesto); ritardi nella programmazione regionale; assenza di strutture di area vasta; Piano regionale non integrato tra sociale e sanitario; discontinuità politica |
| Toscana        | Incertezza normativa (Società della Salute)   |
| Veneto         | Ritardi nella programmazione regionale; assenza di strutture di area vasta; (parziale) discontinuità politica   |

### *3. Le forme organizzative della sanità territoriale: i nodi problematici*

Dal punto di vista dell'analisi del modello di governance prevalente nei sistemi sociosanitari regionali, il ruolo delle strutture territoriali risulta particolarmente rilevante, in quanto è a questo livello che si realizza concretamente la complessa rete delle cure ai cittadini. La funzione principale territoriale è quella del distretto sociosanitario, oggetto specifico della ricerca «I processi di trasformazione dei sistemi sociosanitari».

Nella sua evoluzione normativa esso assume il ruolo eminente di interazione tra gli attori istituzionali, nella loro funzione di attori della programmazione, i medici e i presidi ospedalieri che dai distretti dipendono, e infine con i cittadini del territorio destinatari degli interventi. Dal punto di vista funzionale il distretto è un'articolazione territoriale dell'azienda sanitaria: un primo elemento da evidenziare è che le regioni esaminate intendono in maniera molto diversificata il ruolo dei distretti e le relazioni tra di essi e le aziende.

Oggetto dell'analisi in questo capitolo saranno la funzione di programmazione, anche in riferimento a quella sociale di zona, l'integrazione tra sociale e sanitario e il rapporto con i cittadini, in termini di partecipazione. Come già sottolineato quest'ultimo elemento risulta particolarmente rilevante soprattutto perché presente in maniera esplicita in quasi tutti i documenti di programmazione esaminati poco sopra (Piani regionali) e perché consente di valutare in maniera più adeguata il modello di governance regionale.

### *3.1. L'integrazione sociosanitaria come momento della regolazione*

Argomentando circa i modelli di governance come emergono dall'analisi delle regioni prese in esame, appare importante capire come si configurino le relazioni tra il sociale e il sanitario nei diversi sistemi. Infatti, se intendiamo l'integrazione non come una pura necessità organizzativa, ma come una risposta alla complessità della domanda sociale di salute e benessere, è evidente che le forme che essa assume rivestono una grande importanza. L'integrazione, infatti, prevede tra le altre cose, l'interazione e la relazione funzionale tra diversi saperi e diverse professionalità (di area medica e sociale) ma anche tra diversi attori istituzionali (in termini di governance multilivello) e non (erogatori privati profit e non profit, cittadini).

Un primo elemento di interesse riguarda il livello istituzionale in cui essa viene attuata. In tutti i sistemi presi in esame, viene delegata al territorio, anche se con accezioni talvolta diverse. Infatti, come si è visto, in genere il livello politico centrale vede la distinzione tra la funzione sociale e sanitaria (a livello di assessorati regionali); spetta poi in genere a una funzione tecnica la collaborazione tra i due ambiti (Area o Direzione generale), con l'eccezione della Lombardia che mantiene la distinzione anche a livello tecnico.

La Regione Lombardia assume un'organizzazione originale a proposito del luogo eminente dove attuare l'integrazione: infatti, se nelle altre regioni analizzate sono i distretti il contesto in cui essa si realizza, in Lombardia è a livello di Dipartimento ASSI (attività socio-sanitarie integrate) e quindi di azienda sanitaria che viene promossa l'integrazione vera e propria. Questa Regione dunque ha scelto un luogo diverso da quello territoriale in senso stretto. La spiegazione di questo fenomeno deve essere ricercata nell'impostazione generale di un sistema sanitario che ha scelto di accentuare in maniera decisa la distinzione tra la funzione di committenza (e controllo) e di erogazione delle prestazioni. L'ASL, infatti, non eroga direttamente le prestazioni, se non alcune residuali che vengono delegate ai distretti, come le vaccinazioni o la veterinaria. Da questo punto di vista, i distretti assumono un ruolo molto secondario nel sistema lombardo, in quanto strutture puramente operative delle ASL e quindi non possono essere il luogo in cui avviene la programmazione, tantomeno quella integrata. Infatti, la funzione sociale fondamentale all'interno del comparto sanitario è svolta dal Direttore sociale dell'azienda sanitaria e dal Dipartimento ASSI stesso.

Da questo punto di vista, il ruolo dell'ASL nella stesura del Piano (sociale) di zona in Lombardia è molto ridotto, nel confronto con le altre regioni. Lo stesso distretto non dispone di organici strumenti di pro-

grammazione, anche al di là del Piano di zona: nelle altre regioni invece questa attività è garantita dalla presenza di un PAT (Piano attuativo territoriale, che può assumere anche denominazioni diverse) che dipende funzionalmente dal PAL (Piano Attuativo Locale) che viene elaborato a livello di azienda sanitaria. Non si può non rilevare come la presenza o meno di documenti di programmazione territoriale per l'integrazione sociosanitaria è un elemento centrale per comprendere le relazioni tra gli attori della governance multilivello regionale.

Anche la Regione Toscana presenta alcune problematiche di carattere evolutivo che sembra utile sottolineare: infatti, se l'obiettivo prioritario della creazione dell'istituto più originale della sua normativa, la Società della Salute, era destinato a superare la frammentarietà territoriale delle competenze tra enti locali e aziende sanitarie, è evidente che la non completa diffusione di questo strumento sul territorio rappresenta un elemento di potenziale criticità. Se poi a questo si aggiunge l'*impasse* creato dal conflitto di carattere giuridico tra la normativa nazionale e quella regionale proprio sulla legittimità di questo istituto, è evidente che la situazione non è priva di incognite. Infatti, la normativa toscana per altri versi rappresenta un interessante evoluzione rispetto agli altri modelli in riferimento proprio alla programmazione integrata, attraverso lo strumento del nuovo Piano di zona che viene definito PIS, Piano Integrato di Salute, che è destinato a programmare l'attività sociale e sociosanitaria integrata.

Tab. 5 - Gli strumenti della programmazione territoriale

| Regione        | Denominazione Piano   | Integrato (si/no) | Note   |
|----------------|---|-------------------|--|
| Emilia Romagna | Piano di Zona Distrettuale per la Salute e per il Benessere Sociale | Sì                |  |
| Lombardia      | Piano di Zona (PDZ)   | No                |  |
| Puglia         | Piano Sociale di Zona (PSZ)   | No                | La parte sociosanitaria è però comune a quella del PAT distrettuale.                               |
| Toscana        | Piano Integrato di Salute (PIS)                                     | Sì                | Nei Distretti in cui non è istituita la Società della Salute, esiste ancora il PDZ, non integrato. |
| Veneto         | Piano di Zona per i Servizi Sociali (PDZ)                           | No                |  |

Da questo punto di vista risulta centrale verificare se le regioni abbiano o meno costruito strumenti per la programmazione integrata (Tab. 5). È evidente infatti che vi siano resistenze a creare strumenti integrati

nella misura in cui essi costringono a ripensare l'organizzazione stessa dei servizi con modalità che dovrebbero maggiormente venire incontro all'evoluzione di una domanda sanitaria che sempre più è complessa e si mescola con esigenze di natura più globale e richiede quindi competenze anche di natura sociale.

Da questo punto di vista risulta interessante il caso della Puglia: infatti, lo strumento di programmazione sociale (PDZ) è formalmente distinto da quello sanitario (il PAT). Ma la regione ha svolto un'attività di avvicinamento tra le due aree nel senso che, da un punto di vista istituzionale, oggi i distretti sanitari e gli ambiti sociali coincidono territorialmente (al contrario di quello che avviene per esempio in Lombardia), e inoltre entrambi i documenti (PDZ e PAT) presentano una parte socio-sanitaria integrata che è «speculare». Si tratta in tutta evidenza di uno sforzo verso l'integrazione che risulta particolarmente importante se si tiene conto che oggi in Puglia i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta svolgono un ruolo ancora marginale nella stesura della programmazione sociale territoriale.

Infine si segnala la situazione della Regione Veneto, dove l'integrazione a livello territoriale non è funzionalmente operata da un atto di programmazione unitario, ma dove è il livello dell'azienda sanitaria (e in particolare del Direttore dei servizi sociali dell'AULSS) ad attuare questa funzione. Da questo punto di vista, il modello non sembra così diverso da quello della Lombardia.

### 3.2. Cittadini e utenti nel Sistema regionale

In conclusione di questa analisi dei nodi critici e di complessità, deve essere preso in considerazione anche il ruolo che rivestono i cittadini nel sistema regionale. In questo contesto si considereranno due aspetti: la partecipazione ai processi di programmazione, con riferimento tanto ai singoli cittadini quanto alle forme associate, e l'accesso ai servizi, soprattutto nel caso di bisogni complessi che richiedono risposte integrate di salute e benessere.

In entrambi i casi, il ruolo dei cittadini risulta rilevante in quanto la domanda sociale di partecipazione ai processi decisionali, espressa o inespressa, richiede risposte adeguate a una visione della salute e della cura come processo in cui gli attori non siano semplicemente distinti in base alle competenze, ma protagonisti del proprio percorso di salute e malattia. Ciò a cui si fa riferimento, per utilizzare uno schema particolarmente chiarificatore (ALTIERI 2002), non è solo il livello micro, quello per esempio delle pratiche di consenso informato, o quello *meso*, intermedio,

della relazione di cura o con i servizi, ma anche il livello macro, in senso lato «politico», della partecipazione alle scelte connesse all'organizzazione dei servizi e alla allocazione delle risorse. Un piano nel quale è richiesta tanto la possibilità di creare momenti di partecipazione collettiva quanto la capacità di ascolto del sistema nel suo insieme.

Per quanto riguarda il tema della partecipazione, in termini generali, la normativa vigente prevede che in tutte le regioni i cittadini siano protagonisti delle fasi di programmazione del sistema sociosanitario regionale. In genere, nelle forme associate (definite in genere di Terzo settore) i cittadini partecipano attraverso organismi di consultazione (che assumono la forma del forum o dei tavoli). Già altre ricerche hanno evidenziato come un modello consultivo risulti talvolta inadeguato (BERTIN, FAZZI, 2010; BOBBIO, 2007), soprattutto nella misura in cui si limiti alla raccolta delle informazioni e non preveda forme di collaborazione per la costruzione condivisa e allargata dei servizi. Anche i casi più significativi, come quello toscano, che ha visto la stesura di una norma che prevede istituzionalmente i processi di partecipazione in ogni atto di programmazione degli enti pubblici (l.r. Toscana n. 69/2007), non sono stati risparmiati da critiche.

Per quanto riguarda invece i territori risulta più interessante e differenziato il quadro delle regioni analizzate. Il territorio, infatti, si configura come luogo di maggiore vicinanza ai bisogni dei cittadini, in un'ottica come quella sussidiaria, in cui l'ente più prossimo costituisce il punto di accesso eminente (VILLA, 2003).

In particolare, sembra interessante la sperimentazione delle Case della Salute, presenti in tre dei contesti esaminati: Emilia Romagna, Puglia, Toscana. Esse, infatti, assumono il ruolo non solo di luogo in cui trovare risposta al bisogno di salute, ma anche come momento in cui sperimentare la partecipazione sociale; in Emilia Romagna esse assumono esplicitamente questa funzione, per esempio. Sono diversi gli altri casi: infatti, in Puglia rappresentano soprattutto un luogo di accesso al servizio sanitario, per tutte le patologie non acute; in Toscana, nei territori in cui sono attivate, oltre alla funzione sanitaria, possono anche essere il luogo per la presenza delle associazioni locali di volontariato. Si deve osservare che per quanto queste sperimentazioni siano ancora in una fase embrionale e talvolta la loro stessa definizione terminologica sia causa di una certa conflittualità ideologica, l'idea di raccogliere in un unico luogo i presidi relativi alle cure primarie, al non acuto e alle forme associate tra medici di base, sembra essere contenuto nella filosofia dei più recenti progetti di riforma in sanità.

Nelle regioni in cui questo istituto territoriale non è previsto, la partecipazione dei cittadini alle fasi della programmazione, viene prevista in altre forme. In Lombardia, prevale il modello della consultazione con



il Terzo settore (GIARELLI 2006; 2008): i limiti di questo modello sono tali che sotto la pressione dell'associazionismo la nuova legge sulla governance sociosanitaria regionale (l.r. Lombardia n. 3/2008) ha istituito in modo formale luoghi di confronto con il Terzo settore. In Lombardia però rimane il problema della partecipazione a livello territoriale, soprattutto in considerazione del fatto che una vera e propria attività di programmazione partecipata distrettuale non è prevista e, quindi, essa si limita all'iniziativa dei comuni nella formulazione dei Piani sociali di zona. In Veneto, invece, il lungo processo di costruzione del nuovo Piano sociosanitario regionale ha visto in diversi momenti la partecipazione dei cittadini, soprattutto nelle forme associate. Si deve poi aggiungere che anche in questo caso, le associazioni sono tradizionalmente coinvolte nella costruzione dei Piani sociali di zona.

Un'altra forma di rapporto tra i cittadini e il servizio sociosanitario regionale è costituita dalle forme di accesso alle cure, in particolare quelle non ospedaliere. Il nodo problematico in questo caso è rappresentato dalla presenza o meno di punti di accesso e di orientamento dei cittadini. La normativa nazionale e quelle regionali analizzate prevedono tutte la creazione di punti di accesso unificati tra ambito sociale e sanitario, che in genere vengono definite Porta Unica di Accesso (PUA), e la presenza di Unità di Valutazione Multidimensionale del bisogno (UVM) che si occupano della presa in carico complessiva dei pazienti.

La presenza di una PUA è di vitale importanza per valutare in quale misura il cittadino possa essere orientato al servizio più appropriato alle proprie esigenze di salute, soprattutto nel caso di patologie complesse e di condizioni sociali che richiedono il sostegno e la presenza di saperi professionali diversi da quelli sanitari in senso stretto.

Il panorama in questo caso è molto diverso: infatti, nelle cinque realtà analizzate, la PUA e le UVM si trovano sia a livello di ASL sia di distretto o di Casa della Salute.

Quest'ultimo è, per esempio, il caso dell'Emilia Romagna che nelle Case della Salute, in quanto presidio del distretto sociosanitario, prevede la presenza di un Punto unico di accesso a cui fanno riferimento sia i cittadini che gli operatori professionali. In questo caso, il personale infermieristico assume un rilievo centrale non solo nell'assistenza a quello medico ma anche nella presa in carico vera e propria del paziente.

Anche in Veneto la Porta unica di accesso è presso i distretti, dove è prevista anche la presenza di specifiche Unità Valutative Multidimensionali Distrettuali (UVM). Anche questa innovazione conferma la rilevanza della sanità territoriale in questa Regione.

La Toscana invece ha istituito un Punto Unico di Accesso presso ogni azienda sanitaria, AUSL; in questa stessa sede trovano spazio le Unità di

valutazione multiprofessionali (UVM). Una scelta molto diversa quindi da quella dell'Emilia Romagna e che sembra non totalmente coerente con la creazione delle Case della Salute. Va comunque aggiunto che presso di esse, e quindi al livello territoriale, sono istituiti degli speciali «Punti insieme», che costituiscono di fatto una porta unica di accesso destinata però ai soggetti più fragili (non autosufficienti, disabili e anziani). Le segnalazioni del «Punto insieme» vengono poi convogliate al PUA presente presso la ASL.

Il caso della Lombardia è peculiare: nonostante la normativa vigente, infatti, un vero e proprio sistema di Porte uniche di accesso non è al momento presente, soprattutto nei termini di un luogo diffuso sul territorio e rivolto a tutti i cittadini bisognosi di assistenza. Sono state invece sperimentate negli ultimi anni alcune soluzioni interessanti: la più rilevante riguarda i ceAD, Centri per l'Assistenza Domiciliare, istituiti presso tutte le ASL e finalizzati a orientare e indirizzare la domanda relativa all'assistenza domiciliare (ADI). Per quanto questo istituto non sia totalmente consolidato e non abbia un futuro certo, si tratta di una interessante esperienza di orientamento. In questo caso, in maniera più coerente in considerazione del disegno complessivo del sistema regionale lombardo, questa forma di PUA si trova presso l'azienda sanitaria.

Una situazione più articolata è quella pugliese, in quanto la Porta unica di accesso è collocata nella maggior parte dei casi presso il distretto, ma in altri si trova presso i comuni capofila dell'ambito sociale oppure presso l'azienda sanitaria. In questo caso è evidente che dove la sede sia diversa dal distretto, il rischio è che i servizi offerti siano molto diversi da un territorio a un altro. In realtà, il fatto che le Unità di valutazione multidimensionale, siano raccordate con i referenti sociali (comune o ambito sociale) sembra indicare una certa integrazione tra l'ambito sociale e quello sanitario, nonostante la frammentarietà della situazione.

#### *4. Conclusioni*

Il primo elemento che emerge per una riflessione conclusiva è la grande differenziazione regionale ma anche infraregionale: non ci si trova solo di fronte a cinque sistemi regionali differenti, ma i territori stessi possono presentare situazioni molto diverse. Basta pensare al caso appena citato della Puglia, in cui le Porte uniche di accesso, che dovrebbero essere un elemento di semplificazione del sistema si vengono a trovare indifferentemente in luoghi diversi a seconda del territorio in cui si risiede. Ma anche la situazione quasi paradossale della Toscana, in cui tutto il sistema regionale spinge per l'adozione di un modello, quello delle So-

cietà della Salute che, non solo, non è stato adottato in maniera uniforme sul territorio ma che rischia di essere messo totalmente in discussione. In questo senso il principio di unitarietà che dovrebbe essere garanzia di soddisfacimento di uguali diritti di cittadinanza sembra dunque essere messo alla prova anche al di là delle necessarie differenziazioni territoriali. Infatti, non si tratta in genere di distinzioni che traggono origine da una peculiare domanda di salute e benessere del territorio come prevede una filosofia che ponga al centro del sistema la persona nella sua irriducibilità, ma piuttosto di contingenze che mettono in discussione la coerenza interna degli stessi sistemi sociosanitari.

Questa tematica sottolinea ancora una volta la rilevanza che giocano i fattori di contesto, esogeni rispetto al modello di governance adottato, ma che risultano rivestire un ruolo decisivo nel modificare i diversi sistemi. Eminente è il caso del Piano di rientro finanziario del sistema sanitario della Regione Puglia che ne condiziona pesantemente ogni sviluppo. Se si considera poi la situazione generale di scarsità di risorse pubbliche che riguarda lo Stato nel suo insieme, non è difficile prevedere che la rilevanza dei fattori di contesto non sia destinata a diminuire in tempi relativamente rapidi.

Il fattore invece che dovrebbe fornire maggiore coerenza al sistema è rappresentato dal Piano regionale che programma le attività sociali e sanitarie. In questo caso, l'elemento di maggiore criticità sembra essere di carattere temporale: per essere uno strumento realmente adeguato a orientare il sistema, esso ha bisogno di un aggiornamento e una definizione costante nel tempo. Proprio per il fatto che da esso discendono come corollario gli atti programmatori del locale, sia a livello territoriale sia infraterritoriale. È evidente che quando esso sia molto in ritardo rispetto alle esigenze di aggiornare la programmazione locale, la funzione di indirizzo della Regione rischia di venire meno. O più probabilmente, come sembra accadere in alcuni casi, questa funzione non viene assunta attraverso atti di programmazione concertata come i Piani, ma attraverso deliberazioni di Giunta che difficilmente possono essere condivise da tutti i portatori di interesse.

La diversa configurazione delle aziende sanitarie, invece, risulta poco significativa in termini di governance, in quanto in tutti i casi analizzati esse costituiscono degli organismi funzionali della Regione, in coerenza con il dettato normativo (seconda riforma sanitaria). Va però sottolineato come il processo di aziendalizzazione avesse come conseguenza anche la trasformazione del modello «partecipativo» delle vecchie USL: per questo motivo è importante verificare le forme in cui le attuali aziende sanitarie sono parte dei processi di programmazione e soprattutto se sia previsto un contesto decisionale differente rispetto a quello regionale. Proprio

con questa finalità, alcune regioni hanno istituito la funzione delle «aree vaste» in quanto ulteriore luogo di negoziazione a livello sovraziendale. In questo senso, il modello regionale di governance risulta molto differente rispetto alle regioni in cui non esiste questo livello intermedio.

Passando in seconda istanza ad analizzare il livello territoriale emergono ancora significative differenze regionali e infraregionali. In questo contesto sono stati presi in considerazione due elementi di natura complessa: l'integrazione sociosanitaria e il ruolo dei cittadini.

Per quanto riguarda l'integrazione, dal punto di vista degli strumenti che vengono utilizzati sul territorio per mettere in relazioni i diversi attori, sono stati presi in esame gli atti di programmazione territoriale. Dall'analisi sembra emergere come i nodi critici dell'integrazione siano ancora lontani dall'essere sciolti. Infatti, la programmazione di distretto (a livello di PAT) non sempre comprende la parte sociosanitaria integrata e soprattutto non è organicamente integrata con il Piano di zona, che solo in due casi risulta essere diventato un piano integrato. Proprio la presenza di Piani di zona a livello distrettuale o di ambito sociale non integrati, segnala la difficoltà ancora diffusa di far interagire le diverse competenze professionali al livello territoriale, quello individuato dalla normativa come il più idoneo, in quanto più prossimo ai bisogni dei cittadini.

Un'ultima riflessione merita il tema della partecipazione e dell'accesso di questi ultimi al sistema regionale dei servizi sociali e sanitari. Nelle regioni analizzate la partecipazione dei cittadini alla programmazione è ovunque prevista, ma anche difficilmente valutabile. Certamente i modelli più indirizzati al coinvolgimento dal punto di vista normativo (Toscana ed Emilia Romagna) oppure per tradizione (Veneto) sembrano dare uno spazio maggiore alla voce dei cittadini.

Per quanto riguarda invece i cittadini come utenti dei servizi, il panorama analizzato è davvero diversificato e sembra non esistere un modello comune e quindi una risposta univoca ai bisogni. Infatti, in alcune esperienze il luogo di accesso preminente è il territorio, e quindi il livello distrettuale, in altre è quello aziendale e quindi infradistrettuale. Si tratta di soluzioni molto diverse, che difficilmente possono fornire identica risposta alla domanda di cure.

In sintesi quindi il processo di costruzione di modelli di governance coerenti e compiuti sembra ancora in via di definizione, a circa vent'anni dalle prime riforme in questo senso.

Le ragioni di questo ritardo possono essere individuate in fattori esogeni, di contesto generale, che certamente impediscono la conclusione dei processi riformatori. Ma sembrano anche emergere elementi endogeni, legati alle scelte di indirizzo, che consolidano pratiche di governo più vicine a modelli di tipo gerarchico che non reticolare e di condivisio-

ne delle responsabilità. Infatti, il ritardo dei processi di riforma sembra talvolta essere interpretabile come forma di resistenza al cambiamento che impedisce il consolidamento di pratiche partecipative a favore invece del reiterarsi di atti normativi scarsamente soggetti al controllo sociale, come dimostra la pratica di far prevalere gli atti amministrativi rispetto alla programmazione partecipata da tutti i portatori di interesse.

### *Bibliografia*

- AGENAS, *La rete dei distretti sanitari in Italia*, «I quaderni di Monitor», x, 27, 2011.
- L. ALTIERI, *Ascolto e partecipazione dei cittadini in sanità: dimensioni, modelli, prospettive, problemi*, «Salute e società», 1, 2, 2002.
- U. ASCOLI (a cura), *Il welfare in Italia*, Bologna, Il Mulino, 2011.
- G. BERTIN, *Il cambiamento dei sistemi di welfare nella società post moderna*, «Salute e società», 2, 2009.
- G. BERTIN, L. FAZZI, *La governance delle politiche sociali in Italia*, Carocci Faber, Roma, 2010.
- G. BERTIN (a cura), *Welfare regionale in Italia*, Venezia, Edizioni Ca' Foscari-Digital Publishing, 2012.
- G. BERTIN, M. NIERO, *Vulnerabilità e fragilità sociale. Una teoria delle disuguaglianze di salute*, «Salute e Società», 3, 2012.
- L. BOBBIO (a cura), *Amministrare con i cittadini. Viaggio tra le pratiche di partecipazione in Italia*, Rubbettino, Soveria Mannelli, 2007.
- E. BORGONOVÌ, *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano, 2002.
- C. BORZAGA, *L'impresa a finalità sociale tra azione solidaristica e attività imprenditoriale*, in S. ZAMAGNI (a cura), *Economia solidale*, Casale Monferrato, Piemme, 1996, pp. 106-127.
- C. CIPOLLA, *Introduzione. Per un approccio correlazionale alla qualità sociale della salute*, in C. CIPOLLA, G. GIARELLI, L. ALTIERI (a cura), *Valutare la qualità in sanità. Approcci, metodologie e strumenti*, Milano, FrancoAngeli, 2002.
- C. CIPOLLA, G. GIARELLI (a cura), *Dopo l'aziendalizzazione. Nuove strategie di governance in sanità*, in «Salute e Società», 1, 1, 2002.
- P. DONATI, *La sociologia relazionale: una prospettiva sulla distinzione umano/non umano nelle scienze sociali*, «Nuova Umanità», xxvii, 157, 2005, pp. 97-122.
- P. DONATI, *Il capitale sociale: l'approccio relazionale*, in «Sociologia e politiche sociali», 10, 1, 2007, pp. 9-39.
- P.L. GUIDUCCI, *Persona e relazionalità tra desiderio e incontro*, Milano, FrancoAngeli, 1988.
- M. FERRERA, *Dal welfare state alle welfare regions: la riconfigurazione spaziale della protezione sociale in Europa*, «Rivista delle Politiche Sociali», 3, 2008, pp. 17-49.
- M. FERRARI, *Verso un declino della governance? Processi di aziendalizzazione e ruolo del Terzo settore nei Piani di zona*, «Autonomie locali e servizi sociali», xxxiii, 2010, pp. 383-402.

- F. FOGLIETTA, F. TONIOLO (a cura), *Nuovi modelli di governance e integrazione socio-sanitaria*, «Salute e Società», 1, 2012.
- F. FOLGHERAITER, *La logica sociale dell'aiuto. Fondamenti per una teoria relazionale del welfare*, Trento, Erickson, 2007.
- FORMEZ, *I sistemi di governance dei servizi sanitari regionali*, «Quaderni», 57, 2007.
- G. GIARELLI, *Terzo settore e governance sanitaria comunitaria: tre modelli di partnership a confronto*, «Salute e società», v, 1, 2006, pp. 68-87.
- G. GIARELLI, *Centralità della persona e partecipazione dei cittadini nei processi d'integrazione socio-sanitaria*, «Politiche sociali e servizi», x, 1, 2008, Milano, pp. 25-39.
- C. GORI (a cura), *Politiche sociali di centro-destra. La riforma del welfare lombardo*, Roma, Carocci, 2005.
- L. HOOGHE, G. MARKS, *Multi-level governance and European integration*, Lanham, Maryland, Rowman & Littlefield Publishers, 2001.
- M. MARZULLI, *Verso un modello di rete? Alcune riflessioni sui modelli di governance socio-sanitaria regionale*, «Salute e società», xi, 1, 2012.
- M. MARZULLI, M. ZANTEDESCHI, *La governance dei servizi socio-sanitari in dodici regioni italiane*, in G. BERTIN, *Welfare regionale in Italia*, Venezia, Edizioni Ca' Foscari-Digital Publishing, 2012.
- A. MATURO, *Sociologia della malattia. Un'introduzione*, Milano, FrancoAngeli, 2007.
- M. PACI, *Welfare locale e democrazia partecipativa*, Il Mulino, Bologna, 2008.
- R. PUTNAM, *Making democracy work: Civic traditions in modern Italy*, Princeton NJ, Princeton UP; trad. it. *La tradizione civica delle regioni italiane*, Milano, Mondadori, 1993.
- R. PUTNAM, *Bowling Alone*, New York, Simon&Schuster, 2000.
- L. RICOLFI, *Le tre società. È ancora possibile salvare l'unità dell'Italia? Italia 2006: terzo rapporto sul cambiamento sociale*, Guerini e Associati, Milano, 2007.
- L. RICOLFI, *Il sacco del nord. Saggio sulla giustizia territoriale*, Guerini e Associati, Milano, 2010.
- R.A.W. RHODES, *Understanding Governance: Policy Networks, Governance, Reflexivity and Accountability*, Buckingham, Open University Press, 1997.
- R.A.W. RHODES, *Understanding governance: Then Years on*, «Organization Studies», 28, 8, 2007, pp. 1243-1264.
- G. ROSSI, L. BOCCACIN (a cura), *Capitale sociale e partnership tra pubblico, privato e terzo settore, I, Casi di buone pratiche nei servizi alla famiglia*, Milano, FrancoAngeli, 2007.
- G. STOKER, *Governance as theory: five propositions*, «International Social Science Journal», 155, 1998, pp. 17-28.
- F. VILLA, *Lezioni di politica sociale*, Milano, Vita e Pensiero, 2003.

---

## Attori e processi di governance nelle aziende sanitarie

Elena Menegazzi

### *Introduzione*

L'attuale fase di revisione dei sistemi di welfare è caratterizzata da percorsi di cambiamento di tipo multidimensionale, non governati da linee di indirizzo coese, ma animati prevalentemente dalle dinamiche dei contesti locali. *Trait d'union* delle diverse esperienze è l'aumento del mix di attori presenti sul territorio, che, sviluppando dinamiche relazionali nelle quali attuano e concretizzano i propri comportamenti strategici, rendono i sistemi di welfare fluidi, complessi ed eterogenei (BERTIN 2012b).

La riflessione sul cambiamento della sanità va pertanto indirizzata a cogliere le dinamiche ed i processi oggi in atto, che vedono moltiplicarsi i richiami all'individuazione di modelli regolativi capaci di equilibrare questi mutamenti e le spinte, talora contrapposte, che ne derivano.

L'ambito della sanità è stato forse più di altri investito negli ultimi vent'anni dall'ondata neoliberale che ha ispirato le riforme promosse sotto il nome del *New public management*, e che ha riguardato anche il nostro Paese con le riforme Amato prima (Decreto legislativo 502/1992), Bindi (Decreto legislativo 229/1999) e successivamente completate con il Patto per la Salute del Ministro Turco (2006). Nel Regno Unito, dove questa spinta al *New public management* ha preso corpo, il primo White Paper promosso dal governo Blair nel 1997 ha introdotto per il National Health Service i principi della governance, dando peso soprattutto a forme di scrutinio esterno (*reporting, auditing*, monitoraggio delle performance e dei costi ecc.), ma anche modalità di sviluppo delle risorse umane, coinvolgimento dello staff nelle questioni decisionali, apertura al pubblico delle riunioni dei board (DE GOOIJER 2007). Elementi ripresi, seppur in forma più attenuata, anche dalle riforme delle aziende sanitarie italiane, ma con esiti eterogenei a seconda delle specificità territoriali. Non a caso si parla oggi di «aziende» sanitarie, con tutto ciò che ne

consegue: programmazione finanziaria, definizione del *board* direzionale, introduzione delle logiche del mercato, controllo dei costi, *accountability*, orientamento alla qualità e via dicendo. Tuttavia, questa prima ondata di riforme ha prodotto anche degli effetti collaterali sul sistema, su tutti l'eccessiva frammentazione del settore pubblico. Ciò ha generato una accesa riflessione su quelle che dovevano essere le nuove forme di coordinamento, poiché le precedenti logiche gerarchiche non potevano più applicarsi di fronte ad un insieme di attori autonomi, chiamati oggi a garantire non solo il coordinamento verticale tra i livelli istituzionali, ma anche quello orizzontale con tutti i diversi stakeholder del sistema (BEVIR 2009). La governance della sanità viene proposta come concetto «ombrello» per un ampio insieme di attività seguite nell'interesse degli stakeholder (DE GOOIJER 2007). La governance entra così nel linguaggio delle aziende sanitarie nel tentativo proprio di enfatizzare e promuovere il passaggio dalle logiche di formulazione e realizzazione di stampo burocratico (*government*) a processi caratterizzati da interdipendenza e cooperazione tra tutti gli attori sociali del sistema, favorendo una maggiore partecipazione della società civile mediante processi democratici (è quanto, ad esempio, si cerca di realizzare con gli *audit* pubblici, ma anche sul fronte programmatico nelle forme della consultazione e concertazione delle decisioni) (RHODES 1996).

Il tema della governance è divenuto uno dei nervi vitali del dibattito relativo alle modalità di gestione degli apparati pubblici contemporanei. La governance multi-livello è un concetto che abbraccia tanto la dimensione verticale, relativa all'interdipendenza dei diversi livelli territoriali di governo (fondamentale nel caso italiano, a seguito delle modifiche del Titolo V della Costituzione e della revisione della titolarità delle competenze in materia sanitaria, sotto il profilo organizzativo e gestionale), quanto la crescente interdipendenza tra attori istituzionali e non ai vari livelli di governo (BACHE, FLINDERS 2004). La governance multi-livello viene proposta come strumento per superare le tensioni generate da quelle spinte contraddittorie che hanno condotto a decentralizzare e localizzare le politiche, ed hanno conseguentemente comportato una loro frammentazione da un lato, e l'opposta necessità di integrare e talora centralizzare determinate funzioni.

La governance delle aziende sanitarie ingloba quindi un fitto sistema di relazioni, di definizione di ruoli, di identificazione degli attori chiave del governo sanitario, delle forme di regolazione dei rapporti tra essi. Molteplici sono le forme di relazione tra gli attori istituzionali e sociali della sanità regionale finalizzate a creare consenso attorno alle strategie assistenziali e alle loro modalità di concretizzazione (FOGLIETTA, TONIOLO 2012). Come afferma Giarelli:



Il concetto di *governance* abbraccia quindi i processi, le pratiche, le regole, i significati che definiscono come i poteri vengono effettivamente esercitati da una pluralità di attori fra loro interconnessi, anche eventualmente in assenza di un'autorità di governo formalmente riconosciuta. In tal senso, la *governance* si caratterizza per l'esercizio di poteri effettivi in una struttura di relazioni che appare di tipo poliarchico, in quanto fondata su di un gioco di equilibri fra una pluralità di soggetti. (GIARELLI 2006, pp. 68-69)

Diverse strutture di *governance* caratterizzano gli assetti che le regioni italiane, nel pieno delle proprie competenze in materia sanitaria, hanno deciso di darsi, formalizzando le interazioni tra gli attori appartenenti al sistema locale. Le aziende sanitarie sono un complesso intreccio di relazioni tra le componenti professionali (nelle loro diverse specializzazioni), tra componente manageriale e quella sanitaria, tra l'organizzazione sanitaria e gli enti locali del territorio e, infine, tra azienda sanitaria e il tessuto sociale globale in cui essa si inserisce. Entrare nel merito della *governance* nelle organizzazioni sanitarie significa affrontare questa complessa e fitta rete di relazioni, analizzandone l'intensità e la qualità, ma avendo al contempo attenzione per il loro essere elemento dinamico in processi di negoziazione continua (BIOCCA ET AL. 2008). Non si tratta quindi «solamente» della *clinical governance*, accezione anche questa importata dal contesto anglosassone (cui si accompagna, come sovente accade, una difficoltà nell'identificare una traduzione nella lingua italiana altrettanto capace di essere al contempo sintetica e sufficientemente esaustiva) con cui invece si intende un impegno da parte delle organizzazioni sanitarie al continuo miglioramento della qualità dei loro servizi e nella promozione di elevati standard assistenziali. Il concetto di *governance* qui adottato invece, intende rifarsi ad una lettura più ampia dell'organizzazione sanitaria, centrando l'attenzione sul sistema di regolazione dei rapporti tra l'azienda sanitaria nelle regioni oggetto di analisi e alcuni degli attori fondamentali del sistema sanitario.

Occorre anzitutto puntualizzare gli elementi della *governance* qui presi in esame:

- gli attori sociali che caratterizzano la *governance* dell'azienda sanitaria: chi sono i principali rappresentanti dell'Azienda sanitaria? Quali sono invece gli stakeholder?
- i rapporti di potere e le forme da questo assunte: di quali spazi di autonomia godono i diversi attori sociali?
- processi di *governance*: quali relazioni intercorrono tra gli attori nei contesti decisionali?

Il Piano sanitario nazionale 2011-2013 esplicita come leve di *governance* nella dimensione strategica, volte a contemperare gli interessi dei diversi attori coinvolti nelle cure primarie, gli strumenti di programma-

zione territoriale e distrettuale; gli accordi con la medicina convenzionata; i processi di valutazione e miglioramento continuo (AGENAS 2011). I processi di valutazione avrebbero richiesto un approfondimento a sé, in ragione della complessità delle loro configurazioni. Tuttavia, si è deciso di esaminare le altre due leve. Tra le variabili esaminate per dare rappresentazione dei modelli di governance della sanità locale, è stato considerato l'assetto istituzionale, ovvero la «configurazione dei soggetti nell'interesse dei quali l'azienda nasce e opera» (ANESSI PESSINA, CANTÙ 2010) guardando a diverse dimensioni, quali:

- composizione della direzione strategica;
- i rapporti tra l'azienda sanitaria ed il distretto, ma anche tra azienda sanitaria ed i comuni per quanto concerne in particolare l'integrazione socio-sanitaria;
- il rapporto con i professionisti della sanità.

Verrà altresì approfondita la dimensione processuale della governance, utilizzando come oggetto esemplificativo in cui osservare la concreta articolazione della governance i processi relativi alla programmazione del set di interventi sanitari e socio-assistenziali da realizzarsi sul territorio. Significativi sono i processi di programmazione in quanto il passaggio dallo stereotipo della pianificazione strategica formale ha avuto una notevole rilevanza nel corso del secolo scorso, ma in un ambito caratterizzato dalla compresenza di nuovi attori e da richieste di partecipazione, l'attore pubblico è chiamato a confrontarsi e regolare la loro azione. La costruzione di obiettivi comuni, l'identificazione delle risorse apportate da ognuno, la valutazione dei risultati raggiunti, necessitano di comprendere in che modo gli attori sociali intervengano in ciascuna di queste fasi e come si assestino le reciproche relazioni di potere (BERTIN 2012).

La governance delle aziende sanitarie è stata quindi qui intesa nella sua valenza di insieme di regole dell'azione collettiva sia espresse sotto forma di misure regolatorie di tipo vincolante, formalmente sancite mediante atti e documenti, che come insieme di processi e pratiche che non necessariamente operano mediante meccanismi formali tipici delle tradizionali linee burocratiche. L'obiettivo è pertanto quello di dare spazio ad una rappresentazione completa della governance delle aziende sanitarie nelle regioni italiane capace di coniugare l'analisi delle dinamiche verticali ed orizzontali nello sviluppo dei sistemi sanitari regionali.

## *1. Articolazione territoriale e organizzativa delle aziende sanitarie*

Le regioni, in adempimento a quanto disposto dal Decreto Legislativo n. 502/1992 e successive modifiche, hanno emanato una serie di provvedimenti atti a recepire i contenuti della legge nazionale, disegnando al contempo il quadro organizzativo di cui le aziende sanitarie collocate nel proprio territorio dovevano dotarsi. Fermi restando quindi gli elementi cardine dettati dai Decreti nazionali, le normative regionali hanno introdotto, nell'arco di questi vent'anni trascorsi dall'emanazione del Decreto di riordino della disciplina in materia sanitaria, tutta una serie di provvedimenti che hanno definito sia la ripartizione geografica del territorio, e quindi, in buona sostanza, quante sono le aziende sanitarie presenti, se vi sono aziende ospedaliere, IRCCS (Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico), e la subarticolazione in distretti sanitari, ambiti sociali. Anche la definizione delle modalità organizzative interne all'azienda sanitaria, sempre nel rispetto delle indicazioni generali dettate dalla normativa nazionale, è elemento disciplinato dagli atti di riordino del sistema delle cure sanitarie regionali, cui si aggiunge poi, quale elemento di variabilità interna, la possibilità per le singole aziende sanitarie, di disciplinare mediante atto aziendale quelle che sono le soluzioni specifiche più confacenti alle esigenze organizzative specifiche.

Prima di esaminare la natura dei rapporti esterni tra l'azienda sanitaria e gli altri attori del sistema (distretto, comuni, professionisti sanitari) e i processi programmatori, vale forse la pena soffermarsi inizialmente sull'analisi del quadro generale di organizzazione delle stesse, così da poter focalizzare l'attenzione sui specifici assetti della governance locale.

### *1.1. L'articolazione territoriale delle aziende sanitarie*

L'azienda sanitaria è il mezzo attraverso il quale le regioni assicurano i livelli essenziali di assistenza stabiliti dal Piano sanitario nazionale. Si tratta di enti dotati di personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale, la cui organizzazione e funzionamento sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei principi regionali. L'evoluzione della normativa nazionale ha portato ad un mutamento anche nella denominazione delle aziende sanitarie, che, nelle regioni interessate dalla ricerca, vengono così identificate:

Tab. 1 - La denominazione delle aziende sanitarie

| Regione        | Denominazione                                |
|----------------|--|
| Emilia Romagna | AUSL - Azienda unità sanitaria locale        |
| Lombardia      | ASL - Azienda sanitaria locale               |
| Puglia         | ASL - Azienda sanitaria locale               |
| Toscana        | AUSL - Azienda unità sanitaria locale        |
| Veneto         | AULSS - Azienda unità locale socio-sanitaria |

La specificità forse più rilevante è quella che concerne la regione Veneto, dove la doppia «s» adottata nella definizione di azienda sanitaria (rintracciabile già nella Legge Regionale n. 55/1982, art. 5) è tesa ad enfatizzare e rimarcare il carattere dell'integrazione sociale e sanitaria, adottato come fondamentale caposaldo di tutto il sistema regionale.

Rispetto all'assetto territoriale che ciascuna regione ha deciso di darsi, la suddivisione del territorio in aziende sanitarie e l'articolazione di queste in distretti e ambiti sociali già fornisce un primo quadro di sintesi sui rapporti verticali tra i diversi livelli in cui è organizzata la sanità regionale.

Un primo livello di scomposizione, non sempre presente però, è quello legato alla costituzione di reti interaziendali (aree vaste) per la gestione associata di alcune funzioni (programmazione, acquisti, gestione del personale, logistica, etc.) o finalizzata allo sviluppo dell'attività di base al fine di evitare la duplicazione delle medesime attività tra territori e aziende contigue. Il livello di area vasta ha assunto recentemente particolare rilievo soprattutto nella Regione Toscana, dove il nuovo Piano integrato regionale (PISR) 2007-2010 identifica in questo livello la sede strategica ottimale per il governo del sistema (un esempio di ciò è dato dall'accordo interaziendale per il governo delle liste d'attesa e dei volumi delle prestazioni ambulatoriali).

La suddivisione fondamentale è però quella legata all'identificazione delle aziende sanitarie, il cui numero, però, è particolarmente variabile all'interno delle realtà regionali, come si può vedere dalla tabella che segue:

Tab. 2 - Numero di aziende sanitarie e distretti nelle regioni indagate

| Regione        | Numero di Aziende sanitarie | Popolazione media per ASL | Numero di distretti sanitari |
|----------------|-----------------------------|---------------------------|------------------------------|
| Emilia Romagna | 11                          | 405.386                   | 38                           |
| Lombardia      | 15                          | 667.114                   | 86                           |
| Puglia         | 6                           | 681.877                   | 49                           |
| Toscana        | 12                          | 478.771                   | 34                           |
| Veneto         | 21                          | 236.206                   | 51                           |

Note: Il dato relativo alla popolazione residente è stato tratto da: Istat Bilancio demografico Anno 2012 (dati provvisori) <http://demo.istat.it/bilmens2012gen/index.html> (2012/09/18).

Mediamente quindi, le ASL di Puglia e Lombardia sono quelle più popolose, mentre l'eccessiva frammentazione del territorio nella Regione Veneto porta ad avere una popolazione media per ASL molto contenuta. Si tratta però di dati grezzi, che celano quella che è l'estrema variabilità interna, legata in parte anche alle caratteristiche orografiche del territorio regionale. Si pensi, a titolo esemplificativo, che nella Regione Veneto si va da un minimo di 68.682 abitanti nell'AULSS 14 di Chioggia ad un massimo di 494.034 abitanti dell'AULSS 16 di Padova.<sup>1</sup>

Presso le regioni Lombardia, Emilia Romagna, Toscana e Puglia si sono registrati dei processi di accorpamento e fusione delle ASL infraprovinciali, che hanno condotto ad una riduzione del numero di ASL. Oggi in queste regioni gli ambiti territoriali delle aziende sanitarie coincidono con quelli delle circoscrizioni provinciali (fatte salve alcune eccezioni, come ad esempio la provincia di Bologna, che è suddivisa in due AUSL, e le due ASL di Empoli e Versilia aggiuntive rispetto a quelle delle province toscane).

Le aziende sanitarie si suddividono poi internamente in distretti, che possono avere competenza esclusivamente sanitaria oppure sanitaria e sociale integrata. Il distretto costituisce l'articolazione territoriale ed operativa dell'ASL, un centro organizzativo che garantisce il coordinamento ed il governo istituzionale di tutte le attività del territorio di competenza, presidiando e promuovendo lo stato di salute della popolazione ivi residente mediante l'organizzazione e gestione delle cure primarie. Al distretto compete altresì il coordinamento con gli enti locali.

Il numero di distretti presenti nelle regioni è anch'esso variabile, come si evince dalla Tabella 2, con la Lombardia che presenta un numero di distretti doppio rispetto a Toscana ed Emilia Romagna. All'interno di ciascuna ASL si assiste poi ad una situazione eterogenea se si guarda alla frammentazione del territorio in distretti, come ad esempio accade se si confrontano le ASL di Brindisi e BAT (quattro/cinque distretti) con quelle di Lecce e Bari (dieci/quattordici distretti). Una delle ragioni di tale differenza è legata alla diversa distribuzione della popolazione residente, che incide inoltre anche sul numero di comuni che costituiscono ciascun distretto (si possono avere quindi distretti monocomunali qualora il comune abbia un bacino di popolazione ampio, così come distretti costituiti da più comuni di piccole dimensioni).

I distretti vengono individuati e modificati mediante intesa tra il Direttore generale dell'azienda e gli enti locali del territorio. L'ambito territoriale (dove si progettano e gestiscono le politiche sociali) e quello del distretto sanitario vengono a coincidere nella Regione Veneto e nella Regione Pu-

---

1. Fonte dati: Sistema Informativo Regione Veneto - Popolazione nella rilevazione delle Aziende ULSS per Azienda al 31 dicembre 2011.

glia, mentre non vi è piena coincidenza in Lombardia (per effetto di accorpamenti di alcuni ambiti). La coincidenza tra ambito territoriale e distretto nella Regione Puglia, sancita dalla Legge Regionale n. 19/2006, è votata alla creazione di uno spazio unitario di confronto e per poter disporre di un'unica strategia programmatica. Fanno a ciò eccezione i comuni capoluogo di provincia di Bari, Taranto e Foggia, che costituiscono, ciascuno, un singolo ambito sociale. Di conseguenza, vi sono 49 distretti socio-sanitari e 45 ambiti sociali (pertanto sono 45 i Piani di zona elaborati).

La scelta della Regione Veneto di promuovere la più piena integrazione socio-sanitaria, si evince chiaramente nella normativa regionale e nella stessa definizione di distretto socio-sanitario:

La realizzazione di un sistema integrato di erogazione dei servizi sociali e ad elevata integrazione socio-sanitaria si attua attraverso la gestione unitaria di tali servizi sociali in ambiti territoriali omogenei e la delega da parte dei Comuni della gestione dei servizi stessi all'Unità locale socio-sanitaria o, alternativamente, la stipula di accordi di programma tra gli enti interessati. L'ambito territoriale per la gestione unitaria di tali servizi è coincidente con i distretti. (art. 4, co. 1, l.r. n. 5/1996)

I distretti rappresentano assieme ai presidi ospedalieri ed ai dipartimenti di salute mentale e prevenzione, le strutture tecnico-funzionali dell'azienda sanitaria. Rispetto all'articolazione della rete ospedaliera, che non rientra tra gli obiettivi di questa analisi, merita comunque un appunto la situazione della Regione Puglia che con il Piano di rientro 2010-2012 sta vivendo un momento di intenso mutamento del quadro dell'assistenza regionale. La disattivazione di una serie di stabilimenti ospedalieri (ben 20 quelli disattivati nel 2011) sta conducendo ad una riqualificazione delle attività territoriali, che giocoforza coinvolge in prima battuta tutta l'area distrettuale, chiamata a ridisegnare l'offerta dei servizi locali. Ovviamente coinvolti in tutto ciò sono *in primis* i pazienti ed utenti del servizio, senza però dimenticare anche le risorse umane, con il passaggio del personale ai servizi territoriali.

Particolare, rispetto a tutto il panorama nazionale, è inoltre l'istituzione delle Società della salute (SDS) nella Regione Toscana, la cui finalità è quella di riunire, in un'organizzazione dotata di personalità giuridica propria (nella forma dei consorzi pubblici di funzioni tra AUSL ed enti locali.), quelle che sono le competenze di enti locali ed aziende sanitarie, superando la frammentazione tra attività sanitarie e sociali e favorendone l'integrazione. La Legge Regionale n. 60/2008 specifica all'art. 71 *bis* le funzioni assegnate alle SDS relativamente a «c) organizzazione e gestione delle attività socio-sanitarie ad alta integrazione sanitaria e delle altre prestazioni sanitarie a rilevanza sociale; d) organizzazione e ge-

stione delle attività di assistenza sociale». Nonostante tale prescrizione normativa, le concrete modalità di realizzazione di queste funzioni hanno assunto connotazioni specifiche nei diversi territori. La costituzione delle Società della salute è su base volontaria, anche se l'orientamento culturale è fortemente proteso verso la creazione delle stesse.

Sul fronte del modello istituzionale regionalmente adottato rispetto alla scelta di operare una separazione tra azienda sanitaria e azienda ospedaliera, giova ricordare quanto messo in luce da una ricerca condotta dal Formez (2007) che distingue 3 modelli principali (integrato, separato, misto) a seconda dei rapporti tra la rete ospedaliera pubblica e la presenza di altre strutture pubbliche separate (come, ad esempio, gli IRCSS ed i policlinici universitari), e le strutture private equiparate alle pubbliche. Guardando alla ripartizione dei posti-letto a gestione diretta delle ASL, vengono identificate quattro tipologie di modelli istituzionali:

- integrato, dove la percentuale di posti-letto a gestione diretta delle ASL è superiore al 66%. Rientra qui la Regione Veneto;
- misto-quasi integrato, dove la percentuale di posti-letto a gestione diretta delle ASL è compresa tra 40-66%. Le regioni Emilia Romagna, Toscana e Puglia rientrano in questo modello;
- misto-quasi separato, dove la percentuale di posti-letto a gestione diretta delle ASL è compresa tra 20-40%;
- separato, dove, infine, la percentuale dei posti-letto a gestione diretta è inferiore all'1%. La Regione Lombardia è l'unica regione italiana ad avere un sistema di tipo separato.

Per ulteriori approfondimenti su questo, si rinvia al rapporto elaborato dal Formez (2007).

### *1.2. La direzione strategica aziendale*

L'assetto istituzionale include la definizione della composizione degli organi di governo; la suddivisione di poteri e competenze assegnati a ciascuno; il ruolo e le funzioni dei diversi livelli di governo; le norme che regolano i rapporti sul multilivello e gli attori che ne fanno parte.

La *corporate governance* nelle aziende sanitarie risente delle previsioni legislative (nazionali in particolar modo) che in larga parte predeterminano quelli che sono gli organi direzionali. È in particolare, il Decreto n. 502/1992 di Riordino del sistema sanitario a introdurre per la prima volta nel panorama nazionale quella che dev'essere l'organizzazione ed il funzionamento dell'azienda sanitaria così concepita, pur lasciando alla libertà dell'atto aziendale che ciascuna ASL adotta, di stabilire l'assetto organizzativo più opportuno, disciplinare organizzazione e funzionamento

dell'azienda e individuare le sue strutture operative, così come disposto dal Decreto Legislativo 502/1992 (art. 3, co. 1-*bis* e successive modifiche). La Direzione generale è investita del compito di stabilire le linee strategiche di carattere più ampio, demandato poi alle singole strutture (presidi, dipartimenti, distretti) il delineamento di soluzioni locali e più operative.

Nelle ASL della Regione Lombardia (Legge Regionale 33/2009) l'organizzazione è di tipo dipartimentale, con una gerarchizzazione dei dipartimenti assegnati alla direzione dei tre direttori apicali (amministrativo, sanitario e sociale). Nello specifico, è previsto tra gli altri il Dipartimento dei servizi sanitari di base<sup>2</sup> e il Dipartimento per le attività sociosanitarie integrate (ASSI) che assicura l'erogazione delle prestazioni a livello distrettuale e l'integrazione con comuni, soggetti privati (profit e nonprofit) e le aziende di servizi alla persona. Similmente, in Emilia Romagna l'Azienda USL si articola in dipartimenti che possono però essere anche di livello distrettuale o di presidio, a loro volta suddivisi in unità operative. Nello specifico, è prevista la presenza del Dipartimento delle cure primarie di livello distrettuale.

Rispetto all'articolazione dell'organigramma dell'Azienda sanitaria, è di rilevanza capire in che modo sono gestite le competenze rispetto alle funzioni sanitarie e sociali. Ciascuna ASL ha tra i propri organi, così come previsto dal Decreto 502/1992 art. 3, co. 1-*quater*, il Direttore generale, nominato con provvedimento della Giunta regionale, ed il Collegio sindacale che viene nominato dal Direttore generale con il compito di verificare e vigilare sulla gestione contabile dell'azienda sanitaria. Sui provvedimenti di nomina o revoca del Direttore generale possono esprimere il loro parere i rappresentanti degli Enti locali interessati. È la norma nazionale, nella fattispecie il d.lgs. n. 502/1992 (articolo 3-*bis*) e successive modifiche ed integrazioni a disciplinare i compiti del Direttore generale, che concernono ovviamente anche il livello distrettuale e le cure primarie, come ad esempio la diminuzione della spesa farmaceutica inappropriata, la riduzione delle liste d'attesa, lo sviluppo delle forme associative della medicina generale. Nella Regione Toscana, spetta sempre al Direttore generale l'approvazione dello statuto e della convenzione della Società della salute, ed egli è altresì membro dell'assemblea dei soci e della giunta esecutiva.

Al Direttore generale compete la nomina degli altri membri della direzione strategica, ovvero il Direttore amministrativo ed il Direttore

---

2. In molte ASL permane però il precedente Dipartimento delle cure primarie e continuità assistenziale, cui competevano i rapporti con i MMG ed i PLS, il monitoraggio dell'assistenza farmaceutica, la protesica. Questo Dipartimento fungeva da punto di raccordo con l'attività distrettuale.



sanitario (ex art. 3, co. 1-*quinquies* del d.lgs. 502/1992), cui si affianca la figura del Direttore sociale. Le figure del Direttore generale, amministrativo e sanitario ricalcano nelle regioni indagate quanto previsto dalla normativa nazionale<sup>3</sup>, mentre è sulla figura del Direttore sociale che emergono delle specificità che vale la pena di segnalare.

Alla Direzione sociale è solitamente affidata la gestione delle relazioni con il territorio, mediante l'integrazione delle reti sanitaria e sociale. Al Direttore sociale la normativa della Regione Lombardia assegna la direzione ed il coordinamento delle attività sociosanitarie e sociali di competenza dell'ASL (l.r. n. 31/1997), con una funzione di integrazione. La figura è oggi dotata di maggiori margini di manovra rispetto al passato (Intervista Dirigente Regionale, Lombardia). Il Direttore del Dipartimento ASSI nell'ASL risponde al Direttore sociale.

Nelle AUSL dell'Emilia Romagna, la figura del Direttore delle attività socio-sanitarie è apparsa solo a seguito della l.r. n. 29/2004, che ha assegnato a questa figura le funzioni di «coordinamento tecnico a livello aziendale delle attività riconducibili alla integrazione socio-sanitaria, che si sviluppano a livello di distretto e vengono mantenute sotto la responsabilità del direttore di distretto.» Appare quindi chiaro dal disposto normativo come sia la figura del Direttore di distretto il vero responsabile dell'integrazione socio-sanitaria, mentre il Direttore delle attività socio-sanitarie ha prevalentemente un ruolo di supporto tecnico alla direzione generale aziendale.

La presenza del Direttore dei servizi sociali è nella Regione Toscana legata alla mancata costituzione delle Società della salute (SDS). Qualora infatti, nel territorio della AUSL vi siano delle zone in cui manchino le Società della salute, è previsto che il Direttore generale sia coadiuvato da un Direttore dei servizi sociali con compiti di formulazione degli indirizzi per le attività socio sanitarie. Si tratta però di una figura poco diffusa, in quanto la maggior parte delle zone-distretto ha costituito una Società della salute. In questi casi, la figura di coordinamento tra l'azienda sanitaria ed il territorio, ed in particolare tra la direzione generale e la Conferenza zonale dei sindaci, è assegnata al responsabile della zona, anch'esso membro della direzione aziendale.<sup>4</sup> Qualora sia

3. Una precisazione va fatta con riferimento alla Regione Puglia dove il Piano di rientro 2010-2012 ed il Documento di Indirizzo Economico - Funzionale del Servizio sanitario regionale hanno aggiunto una serie di ulteriori interventi, obiettivi e linee d'azione prioritaria da perseguire per il riordino del sistema sanitario pugliese, obiettivi divenuti parte integrante del mandato istituzionale affidato al Direttore generale (il cui rispetto determinerà la conferma o meno dell'incarico) e, a cascata, degli altri membri della direzione strategica di ASL.

4. Da notare che è possibile la compresenza del Direttore dei servizi sociali e del Re-

presente la Società della salute, l'incarico di responsabile di zona viene affidato dal Direttore generale al Direttore della stessa SDS (Legge Regionale n. 60/2008). Tale prescrizione normativa non sempre è applicata, e si registra in taluni casi una mancata delega, da parte della direzione generale, dell'incarico di responsabile di zona.

Anche la Regione Puglia prevede che in ciascuna ASL sia presente un Responsabile area servizi sociosanitari, che svolge le proprie attività in concertazione con i responsabili delle altre strutture territoriali.

Ma è forse nella Regione Veneto che questa figura assume particolare importanza. Il Direttore dei servizi sociali è infatti a tutti gli effetti membro della direzione apicale aziendale, pienamente parificato alle figure dei colleghi direttore amministrativo e sanitario. Introdotto con la l.r. n. 56/1994 (art. 16), il Direttore dei servizi sociali ha un ruolo cruciale nella programmazione strategica dell'integrazione socio-sanitaria, rappresentando l'anello di congiunzione tra AULSS, comuni, terzo settore e altre istituzioni pubbliche e private del territorio. Il Direttore sociale supporta quindi la Conferenza dei sindaci nell'elaborazione del Piano di zona e ne segue poi l'attuazione. Il nuovo Piano sociosanitario regionale (in via di approvazione al momento della stesura di questo capitolo) prevede inoltre che al Direttore dei servizi sociali possa essere attribuita anche la gestione dei distretti e di tutta la funzione territoriale, consolidando in tal modo l'assistenza primaria.

La Direzione sociale può avvalersi anche di alcuni uffici di staff che supportano le funzioni di:

- programmazione;
- contrattazione ed acquisto delle prestazioni e dei servizi sociosanitari (peculiare in particolare per il sistema sanitario lombardo);
- controllo dell'appropriatezza e qualità dei servizi.

Il Direttore generale dell'azienda sanitaria provvede poi a identificare e nominare per ciascun distretto un Direttore di distretto. La nomina avviene sentito il parere del Comitato o della Conferenza dei sindaci competente. Il Direttore di distretto è generalmente la figura «ponte» nelle relazioni locali tra l'azienda sanitaria (della quale è il rappresentante con mandato di coordinamento dei rapporti esterni e istituzionali) e gli enti locali, facilitando e concretizzando i processi di decentramento. Ad egli compete la gestione delle attività di competenza distrettuale, secondo quanto stabilito nell'atto di regolazione aziendale (il POFA per le ASL lombarde, l'atto aziendale per le altre regioni). Volendo riassumere sinteticamente le funzioni qualificanti il mandato del Direttore di

sponsabile della zona.

distretto (come richiamato nella Legge della Regione Puglia n. 19/2006, art. 4), si possono individuare: l'analisi del fabbisogno di assistenza sanitaria e socio-sanitaria della popolazione (con particolare attenzione per le aree della cronicità, fragilità, e non autosufficienza); governo della domanda assistenziale; coordinamento, organizzazione e gestione delle risorse tecnico - professionali, amministrative, patrimoniali e finanziarie assegnate al distretto attraverso la procedura di budget; concertazione e definizione di protocolli operativi con i comuni per la gestione coordinata e integrata delle funzioni sociosanitarie e socio-assistenziali; monitoraggio dei dati di organizzazione e attività e gestione dei flussi informativi; analisi dei fabbisogni formativi in coerenza con gli obiettivi aziendali al fine della definizione dei Piani formativi.

Il ruolo del Direttore di distretto è in alcune realtà più acceso, come si evince dalle parole del Direttore delle Dipartimento delle cure primarie del distretto Sud-Est di Ferrara «Il direttore di distretto fa parte del comitato di distretto. [...] È elemento chiave per le decisioni del comitato. È il delegato aziendale per condividere con i sindaci le decisioni relative alla programmazione.» Il Direttore di distretto viene quindi visto come l'emanazione territoriale della direzione strategica dell'azienda sanitaria, e in quanto tale egli è deputato al governo dei processi di committenza dei contratti e di produzione dei servizi. Sugli aspetti relativi all'area sociosanitaria, il ruolo del Direttore di distretto è ancor più rilevante in ragione della necessità di integrare i diversi livelli istituzionali e gli attori titolari dei servizi. Secondo quanto si verifica concretamente sempre nella Regione Emilia Romagna, la figura del direttore di distretto vive alcune difficoltà rispetto a tale compito, legate ad una minor possibilità di gestione in maniera autonoma delle risorse.

Come precedentemente accennato, la figura di responsabile di area nelle zone-distretto della Regione Toscana è usualmente conferita al Direttore della Società della salute. Data la configurazione del tutto peculiare delle SDS quali consorzi pubblici, è prevista la presenza di ulteriori organi di regolazione dei rapporti con il livello aziendale, organi tipici delle organizzazioni giuridiche, tra i quali l'assemblea dei soci, composta dal Direttore generale dell'AUSL e dal sindaco (o da un componente della giunta comunale) di ciascuno dei comuni aderenti alla SDS. All'assemblea dei soci spetta anche l'approvazione del Piano integrato di salute.

Rispetto al raccordo tra ASL e distretti, rileva la presenza di organismi di coordinamento che vedono la partecipazione di attori di entrambi i livelli direzionali. Ne costituisce un esempio il Collegio di direzione che supporta il Direttore generale nel governo delle attività cliniche, nella programmazione e valutazione delle attività sanitarie (d.lgs. 229/1999). Il Collegio di direzione riunisce la direzione strategica aziendale, i diret-

tori di dipartimento e il coordinatore dei direttori di distretto, secondo quanto sancito dalla normativa della Regione Veneto. Nella Regione Emilia Romagna, al Collegio di direzione spetta, tra i vari compiti, anche la responsabilità del governo clinico e l'espressione di pareri sull'organizzazione e qualità dell'assistenza. Ne fanno parte, tra gli altri, i direttori dei dipartimenti aziendali, i direttori di presidio, i direttori di distretto, e, in Emilia Romagna, anche rappresentanti di MMG, PLS e SAI. Anche la Regione Puglia ha previsto una sede di interlocuzione unica tra ASL e distretti, costituita dal Coordinamento unico territoriale (CUT). Ne fanno parte il Direttore generale, il direttore sanitario e tutti i direttori di distretto. Nella Regione Veneto è presente anche il Coordinamento dei direttori dei distretti istituiti nell'ambito della stessa AULSS, che si riunisce con la direzione aziendale al fine di omogeneizzare servizi e programmi di intervento nei diversi distretti. Nell'AULSS 4 e AULSS 16 oggetto di approfondimento, viene segnalato il buon funzionamento di questo organismo di coordinamento, che periodicamente si riunisce per consentire ai direttori dei distretti di portare sul tavolo e discutere le problematiche distrettuali, e altresì condividere le buone prassi. Si tratta quindi di un coordinamento operativo che, a detta degli stessi intervistati, manifesta una maggior efficacia d'azione rispetto ai coordinamenti istituzionalmente previsti dalla normativa.

Nelle realtà più piccole, con ASL meno articolate, è possibile che i rapporti fra distretto e direzione strategica siano di natura più informale e costanti, votati alla risoluzione operativa e immediata delle problematiche. Viene quindi enfatizzata la dimensione del contatto informale, attraverso canali di comunicazione diretti e immediati, capaci anche di bypassare i tavoli formali, qualora se ne ravveda l'esigenza.

## *2. I rapporti tra azienda sanitaria e distretto*

Le riforme del sistema sanitario degli anni Novanta hanno mutato i confini delle aziende sanitarie e dato ai distretti una nuova configurazione, trasformando questi «da semplice luogo di servizi di primo livello ad un centro di governance di una complessa rete di servizi territoriali», incidendo così anche sull'equilibrio delle risorse tra il livello di assistenza ospedaliera e quello territoriale (AGENAS 2011).

Come fino a qui esposto, il rapporto tra azienda sanitaria e distretto è legato ad una configurazione di tipo gerarchico che la normativa ha disegnato per la sanità, tuttavia temperata da un orientamento verso il decentramento e la suddivisione delle competenze, in particolar modo per quanto concerne la gestione delle cure primarie territoriali. Viene

conseguentemente spontaneo interrogarsi su quali siano gli effettivi margini di autonomia di cui gode il livello distrettuale.

Atti normativi e interviste condotte sul campo hanno confermato che all'ASL viene affidato il ruolo di «regia» del sistema, da realizzarsi mediante la programmazione degli interventi, la collaborazione con i comuni, l'esercizio di funzioni di controllo e vigilanza sull'attività svolta. Il distretto si configura invece come struttura/braccio «operativo» dell'azienda sanitaria, come esplicitato nella normativa regionale (pur senza negare alcune funzioni specifiche del livello distrettuale, in particolare per quanto riguarda la rilevazione dei bisogni ed il governo della domanda di prestazioni e la promozione della salute). Questo si evince anche dalle parole di uno degli intervistati: «Il distretto è uno strumento dell'azienda, non ha una soggettività propria.» (Intervista Dirigente regionale, Regione Veneto). La gestione dei servizi distrettuali è quindi in larga parte mediata dalla direzione strategica aziendale, mentre al distretto resta il compito di definire la strategia di risposta alle priorità del proprio territorio, raccordandosi con gli altri organi collegiali tecnico-politici. Sulla stessa lunghezza d'onda sono le Società della salute della Regione Toscana, dove viene mantenuta in capo all'ASL la responsabilità relativa all'assunzione delle decisioni strategiche sulla sanità territoriale. Questi elementi già segnalano un primo livello del grado di dipendenza che intercorre tra ASL e distretti. Inoltre in quel ruolo di «regia» del sistema si aprono gli spazi per una variabile interpretazione di quelli che sono limiti e confini alla gestione ed al controllo accentrato a livello aziendale.

Un ulteriore indicatore del grado di autonomia distrettuale si può ricavare guardando alla capacità e possibilità per il distretto di gestire risorse. Al Direttore di distretto possono essere infatti affidate o meno risorse proprie del distretto governato, che egli può gestire con più o meno elevata indipendenza dall'azienda sanitaria. Secondo quanto si può inferire dalla normativa<sup>5</sup> e dalle interviste condotte presso la Regione Lombardia, che pure non disciplina in maniera specifica quello che è il ruolo del distretto, l'attività distrettuale è regolata dal Direttore generale dell'ASL, secondo le esigenze dell'ASL stessa. È quindi chiaro che il ruolo del distretto in siffatto contesto è abbastanza limitato.

In Emilia Romagna, invece, la normativa riconosce al distretto una vasta autonomia, con l'attribuzione di ampie responsabilità nell'attuazione delle politiche aziendali a livello locale (d.GR 86/2006). Ad esempio, al Direttore di distretto è affidata la gestione, unitamente al Comitato di

5. Regione Lombardia, legge regionale 33/2009, art. 14, co. 8.

distretto, del Fondo distrettuale per la non autosufficienza e del relativo piano di interventi elaborato. Ciononostante, il distretto non dispone di risorse proprie, ma solo di quelle risorse assegnategli ma di pertinenza della AUSL di afferenza. Lo stesso dicasi per la Regione Veneto, dove la normativa assegna notevoli spazi di autonomia al distretto, con attribuzione delle funzioni di committenza e produzione dei servizi, ma sono poi le AULSS i decisori sostanziali, come si evince dalle parole di un Direttore sanitario intervistato: «C'è la richiesta del singolo distretto, però non è un passaggio automatico. Non è che il singolo distretto abbia quell'autonomia di deliberare [...] c'è sempre una validazione centrale, in modo tale che ci sia un'omogeneità.»

Nella Regione Puglia, invece, il distretto ha normativamente autonomia gestionale sulle risorse assegnate (umane, strumentali e tecnologiche), mentre per quanto riguarda le proposte di acquisto o fornitura è comunque sempre l'ASL a esprimere il proprio consenso sulla delibera distrettuale.

Sempre in tema di risorse, anche la stessa negoziazione del budget distrettuale, che avviene tra il Direttore responsabile di distretto e la direzione strategica aziendale, può variare considerevolmente: in alcune realtà, la capacità negoziale del Direttore di distretto determina una più o meno ampia autonomia budgetaria. Molto chiara è a questo riguardo la posizione di alcuni direttori di distretto della Regione Puglia:

Sotto il profilo sostanziale, il governo del distretto (e relativo impiego delle risorse -budget) è fondato sulla programmazione dell'ASL. Per il budget dobbiamo capirci: se stiamo parlando del budget serio, dove c'è una contrattazione tra la direzione aziendale, la direzione di struttura, con la codificazione degli obiettivi, con la codificazione delle risorse assegnate per il raggiungimento di questi obiettivi, se stiamo parlando di questo budget non ce l'ha nessuno. Se stiamo parlando invece di un'assegnazione economica, allora sì. (Intervista Direttore di distretto, Regione Puglia)

L'identificazione di soluzioni orientate nella logica del decentramento delle funzioni e della sussidiarietà non sempre sembrano avere nel riscontro dei fatti, una piena efficacia. Modelli particolarmente innovativi come quello delle Società della salute toscane vivono anch'essi delle tensioni legate ad una mancata delega sostanziale delle funzioni, come ben espresso nelle parole di un Direttore di Società della salute:

La parte della programmazione è la parte « migliore », rispetto all'aspetto meramente gestionale. È chiaro che gli enti formalmente hanno aderito tutti, ma [...] non c'è grande entusiasmo nel perdere questa parte e dire « io divento un soggetto gestore della programmazione che mi fanno altri ». Allora forse sarebbe

stato necessario introdurre degli elementi più vincolanti e dire che la programmazione che fa la SDS diventa vincolante per gli enti aderenti al consorzio. Il che vuol dire che i comuni e l'azienda sanitaria, una volta che hanno deciso insieme nella sede assembleare e nella Giunta della SDS che cosa si programma, avrebbero dovuto recepire assolutamente questi indirizzi e adattare la loro programmazione a questi. Ciò non sempre avviene e in alcuni casi non avviene proprio. Faccio alcuni esempi: in questo ambito uno dei rapporti fondamentali dovrebbe essere con i MMG. Come si fa a incidere su una tematica che è così delicata, forse fondamentale rispetto alla sanità territoriale, se gli accordi vengono fatti a livello regionale e a livello aziendale? La Società della salute che strumenti ha? Se io non posso indurre rispetto a questi attori fondamentali delle mie regole, che cosa programma rispetto a questo ambito? Se un comune stabilisce una retta sociale per una RSA, prevedendo una quota sociale differenziata solo per i cittadini del suo comune e diversa per tutti quelli degli altri comuni, non torna questo ragionamento in una logica di rete. Questa è stata una problematica forte in tutta la fase di sperimentazione e che ancora non è stata sciolta in modo definitivo. (Intervista Direttore Società della salute, Regione Toscana)

Da quanto si evince, è chiaro che nonostante i cambiamenti introdotti permangono delle sacche di accentramento tali per cui organismi neo-istituiti (le SDS in questo caso) e strumenti programmatori adottati anche in modo concertato, perdono di fatto il loro valore e vengono svuotati di significato. Va infatti ricordato che alle SDS è assegnato un budget di risorse relativamente ristretto, dato dalle risorse sociali, qualora i comuni abbiano optato per la delega dei servizi, e dalle risorse provenienti dal Fondo non autosufficienza per le aree anziani e disabilità (dal 2012 non sono però più previsti i finanziamenti regionali). Per quanto concerne la gestione del Fondo non autosufficienza, è poi la SDS a optare per la gestione diretta dei servizi o la delega di questi all'AUSL. A queste risorse, si possono aggiungere eventuali finanziamenti da parte delle aziende sanitarie nel caso in cui queste decidano, mediante stipula di una convenzione, di delegare alla Società della salute la gestione dei servizi socio-sanitari. A ben vedere quindi, la complessa organizzazione delle Società della salute di fatto finisce per governare un portafoglio di servizi (e risorse correlate) talora ristretto.

Riassumendo, i rapporti tra azienda sanitaria e distretto vedono il baricentro delle funzioni direttive e decisionali ruotare ancora attorno all'azienda sanitaria più che dal distretto.

### *3. Azienda sanitaria e comuni nella costruzione dell'integrazione socio-sanitaria*

Il ruolo degli enti locali nella programmazione dei servizi sanitari e sociosanitari è diventato più incisivo per effetto dell'affermazione dei principi di sussidiarietà e di partecipazione. L'organizzazione di questi servizi, la cui titolarità è ripartita tra i diversi livelli in cui si articola la sanità regionale (regione appunto, azienda sanitaria e sue diramazioni, comuni), necessita della definizione congiunta delle linee di indirizzo strategico e delle azioni tecnico-operative, della condivisione nelle fasi di verifica e valutazione dei risultati conseguiti. Questa partecipazione degli enti locali avviene sia a livello regionale e, in maniera più incisiva, su quello locale - di ASL. Al fine di favorire questa integrazione tra enti locali e sanità, sono stati previsti una serie di «strumenti» che si possono sostanzialmente riassumere sotto due macro-voci:

- organismi di integrazione istituzionale;
- meccanismi di coordinamento delle azioni.

La legislazione nazionale e quella regionale prevedono l'istituzione di organismi di integrazione tra azienda sanitaria e enti locali del relativo bacino territoriale. Uno degli organi previsti è la Conferenza dei sindaci, composta appunto da tutti i sindaci dei comuni che afferiscono all'ASL. Compiti assegnati alla Conferenza dei sindaci sono quelli di concorso alla formulazione della programmazione sia sul livello aziendale (es. PAL) che regionale (PSSR/PSR), mediante l'emanazione di indirizzi utili alla loro elaborazione. La Conferenza dei sindaci può essere altresì chiamata ad esprimersi anche su aspetti come l'esame dei documenti di programmazione economico-finanziaria dell'azienda sanitaria o sulla nomina dei membri della dirigenza strategica. All'interno della Conferenza dei sindaci è poi generalmente prevista l'identificazione di un nucleo ristretto utile a garantire l'esercizio delle funzioni ad essa assegnate (si tratta del Consiglio di rappresentanza dei sindaci per la Lombardia; l'Esecutivo della Conferenza dei sindaci nel Veneto, o, ancora, di tutti i presidenti delle Società della Salute in Toscana). Nella Regione Emilia Romagna è invece prevista la Conferenza territoriale sociale e sanitaria distrettuale (CTSS) che si compone non solo dai comuni dell'ambito territoriale dell'AUSL, ma vede la partecipazione anche della provincia (si ricorda che, fatte salve le due eccezioni della provincia di Bologna e di Forlì-Cesena, vi è coincidenza tra la circoscrizione provinciale e territorio AUSL). La partecipazione provinciale è qui tesa a valorizzare l'integrazione tra le diverse competenze istituzionali ed a promuovere l'armonizzazione della programmazione. Alla CTSS sono assegnate numerose funzioni di indirizzo (in particolare l'approvazione dell'atto di indirizzo triennale



contenente le priorità strategiche di intervento), consultive (mediante l'espressione di pareri obbligatori), propulsive (promuovendo la partecipazione istituzionale e dei cittadini ed utenti alla valutazione dei servizi, coordinando la stipula degli accordi di programma), di verifica e controllo sull'attività delle aziende sanitarie. Fondamentale è però l'attribuzione ai CTSS dei compiti di definizione dei criteri di riparto del Fondo regionale per la non-autosufficienza tra i distretti, la definizione degli ambiti territoriali di pertinenza distrettuale e assicurare un'equa distribuzione delle risorse tra i diversi distretti.

Nella Regione Veneto poi, è la Conferenza dei sindaci di AULSS ad elaborare ed approvare il Piano di zona, che ha, appunto, valenza aziendale, sulla base del quale si stipuleranno successivamente gli accordi di programma e saranno decise le deleghe di competenze dai comuni alle AULSS.

Per quanto concerne la Regione Toscana, nel caso in cui sia stata costituita la Società della salute, è l'assemblea dei soci (composta, si ricorda, dal Direttore generale dell'AUSL e da tutti i sindaci dei comuni aderenti) a costituire l'organo di governo fondamentale, cui è demandato, tra gli altri compiti, anche l'approvazione del Piano integrato di salute (PIS). La costituzione delle aree vaste all'interno della regione si accompagna con l'istituzione di una Conferenza dei sindaci di area vasta composta dai presidenti delle Società della Salute (o delle Conferenze zonali). L'obiettivo che l'area vasta si pone è quello di favorire la condivisione delle scelte strategiche concernenti la tutela della salute, anche mediante la predisposizione di appositi strumenti programmatori di più ampio respiro.

La normativa della Regione Puglia prevede invece il Coordinamento istituzionale, che riunisce i sindaci dei comuni (o loro delegati) per la discussione dell'indirizzo politico e amministrativo in materia sociale e sociosanitaria. Vi partecipa anche il Direttore generale (o il Direttore di distretto delegato), con cui i sindaci possono sottoscrivere intese e protocolli per quanto attiene l'area dei servizi sociosanitari.

Sono numerose le occasioni in cui l'organo di rappresentanza degli enti locali a livello aziendale è chiamato ad esprimersi mediante parere obbligatorio su atti programmatori, documenti formali (es. bilancio di previsione), raggiungimento degli obiettivi da parte del Direttore generale, nomina dei membri della direzione strategica aziendale.

Per il livello distrettuale è generalmente previsto un ulteriore organismo di raccordo con i politici del territorio. Questo assume denominazioni diverse nelle regioni pur identificando lo stesso organo di integrazione istituzionale tra distretto ed enti locali: Assemblea dei sindaci in Lombardia; Comitato dei sindaci di distretto in Veneto ed Emilia Romagna; Conferenza dei direttori di distretto in Puglia. Nel caso della Regione

Toscana in assenza della Società della Salute sul territorio, è presente la Conferenza zonale dei sindaci.

Anche in questo caso, all'Assemblea (o Comitato) dei sindaci viene assegnato il compito di supportare la formulazione di proposte e pareri in ordine alle linee programmatiche e di indirizzo per l'attività assistenziale a livello distrettuale (in particolare, il Piano di zona e la pianificazione sociosanitaria distrettuale). Solitamente il livello politico afferente al distretto non interviene nell'approvazione degli atti di programmazione prettamente sanitaria, eccetto che mediante l'espressione di un parere ad esempio sul PAT (come avviene nella Regione Veneto). È poi generalmente demandato al Direttore di distretto il compito di curare i rapporti con i rappresentanti degli enti locali presenti nel Comitato di distretto.

La Conferenza dei direttori di distretto prevista dalla normativa della Regione Puglia è presieduta dal Direttore generale e coordinata dal Direttore sanitario aziendale, ed esprime il proprio parere in merito alla definizione del Piano attuativo locale e designa due rappresentanti per il Tavolo regionale dei distretti.

Sul fronte dell'integrazione sociosanitaria, da realizzarsi a livello programmatico strategico, giova ricordare l'istituzione di alcuni organi di supporto all'attività dirigenziale e politica esercitata dalla direzione strategica ASL e dalle Conferenze dei sindaci. Ad esempio, la Regione Lombardia ha previsto l'istituzione di un Ufficio di supporto all'attività del Consiglio di rappresentanza dei sindaci, che ha il compito anche di raccordare la programmazione locale e quella delle ASL (l.r. n. 3/2008). Anche i CTSS emiliano-romagnoli dispongono di un ufficio di supporto funzionale all'esercizio dei compiti loro assegnati (es. l'elaborazione dell'Atto di indirizzo e di coordinamento).

Sul piano dei meccanismi di coordinamento delle azioni, questi riguardano tanto il fronte tecnico-operativo, quanto quello relativo alla stesura e formalizzazione di accordi e convenzioni.

Accanto agli organi di raccordo previsti sul piano più istituzionale, il fronte dell'integrazione operativa per l'erogazione dei servizi socio-sanitari può portare all'attivazione di tavoli di lavoro congiunti tra distretto, Assemblea dei sindaci, direzione sociale e direzione del Dipartimento ASSI (Attività socio-sanitarie integrate) come avviene nell'ASL di Brescia al fine di favorire il confronto sulle problematiche relative al Piano di zona. A ciò si aggiunga che i rapporti diretti tra la direzione strategica ed i comuni, soprattutto in una ASL di dimensioni contenute (ne è un esempio l'AULSS 4 della Regione Veneto), sono frequenti anche sul singolo caso, in particolare per le situazioni multiproblematiche, che richiedono un costante contatto tra gli operatori del distretto, i servizi sociali del comune e spesso anche con il sindaco.

Un ulteriore elemento rilevante nel rapporto tra ASL ed enti locali concerne la stipula di accordi relativi alle politiche dell'area integrazione sociosanitaria. ASL e comuni stipulano accordi di programma con l'obiettivo di coordinarsi nell'attuazione di quanto previsto dai Piani di zona. A seconda del bacino territoriale di riferimento del Piano di zona, muta per le varie regioni, la «geografia» dell'accordo di programma: se per il Veneto questo è stipulato tra azienda sanitaria e comuni dell'AULSS, in Lombardia è invece sottoscritto tra l'ASL, i comuni dell'ambito distrettuale ed eventualmente la provincia, e così anche in Emilia Romagna e Puglia (questo perché il Piano di zona ha valenza aziendale in Veneto, mentre è distrettuale nelle restanti regioni).

Accanto agli accordi di programma, un ulteriore meccanismo utilizzato è quello della delega dei servizi. Con la delega, i comuni possono decidere di trasferire tutte o parte delle loro competenze in materia sociale all'azienda sanitaria. Il meccanismo della delega è normativamente previsto per le regioni Veneto, Emilia Romagna, Toscana. Nel caso dell'Emilia Romagna la delega avviene dai comuni al distretto, mediante la stipula di un'apposita convenzione.

Nella Regione Toscana la presenza oramai diffusa delle Società della salute (SDS) sembra ovviare in parte i problemi legati alla frammentazione della titolarità delle competenze per le prestazioni a rilevanza sanitaria e quelle a rilevanza sociale. Le funzioni attribuite alle SDS sono oggi quelle relative all'organizzazione e gestione delle attività di assistenza sociale, attività socio-sanitarie ad alta integrazione sanitaria e delle altre prestazioni sanitarie a rilevanza sociale (è stato quindi incorporato l'ambito più squisitamente sanitario che il modello delle SDS inizialmente configurava). I comuni del territorio possono pertanto decidere di delegare alla SDS i servizi sociali di loro competenza, anche se questo non sempre avviene. Rappresentano invece un esempio di SDS che ha ottenuto le deleghe dai comuni partecipanti al consorzio, la SDS di Empoli e quella del Mugello (quest'ultima è stata una delle prime a sperimentare la gestione dei servizi sociali delegati dai comuni, amministrando così tutte le risorse provenienti dai comuni e dalla regione).

La Regione Toscana ha previsto, con la l.r. n. 60/2008, che alla SDS competano le funzioni di indirizzo e programmazione strategica delle attività territoriali «previste dal piano sanitario e sociale integrato e di quelle del sistema integrato di interventi e servizi sociali dei Comuni» (art. 71 *bis*, co. a). Tuttavia, anche per le Società della salute sembrano manifestarsi delle difficoltà. Come espresso da uno dei Direttori delle Società della salute:

Passata la sperimentazione e arrivati alla legge, sanità territoriale, specialistica e farmaceutica uscivano, e rimaneva la possibilità dell'attività distrettuale più legata al territorio, ma anche questa è stata attivata solo in parte. E comunque anche i colleghi che hanno questa responsabilità a volte finiscono per non avere le attività socio-assistenziali da parte dei comuni. Per cui si crea una situazione curiosa, in cui il direttore della SDS è titolare delle funzioni di zona-distretto, ma i comuni non passano le attività socio-assistenziali. Comunque, rimane un modello monco. (Intervista Direttore Società della salute, Regione Toscana)

È però nella Regione Veneto che il meccanismo della delega assume maggior peso nel tratteggiare i contorni del modello socio-sanitario integrato. La legge che prevede la delega di competenze sociali alle aziende sanitarie risale a un trentennio fa (l.r. n. 55/1982, art. 6) e assegnava alle AULSS la competenza per la gestione delle prestazioni socio-assistenziali relative all'area handicap, tossicodipendenze, consultori familiari, strutture residenziali per disabili (per queste aree si può parlare, sebbene in senso lato, di delega «obbligatoria»), lasciando altresì discrezionalmente ai comuni la facoltà di delegare alle AULSS anche la gestione dei servizi relativa agli asili nido, alle strutture per anziani, l'assistenza domiciliare, l'immigrazione e le marginalità (delega «facoltativa»). La stipula della delega o dell'accordo di programma tra Comuni e Azienda ULSS avviene sulla base dei contenuti del Piano di zona. Il meccanismo della delega è ampiamente diffuso tra i comuni veneti, fatte salve alcune eccezioni, come ad esempio il caso dei comuni capoluogo di provincia che, in ragione della loro maggior capacità organizzativa, tendono più difficilmente a spogliarsi di queste competenze e delegarle all'Azienda ULSS.

Rispetto ai servizi delegati, le funzioni di programmazione, progettazione e gestione dei servizi sociali spettano alla AULSS, e andranno svolte sulla base degli indirizzi espressi dalla Conferenza dei sindaci (l.r. n. 11/2001, art. 132, co. 2, lett. b). Il meccanismo della delega prevede pertanto un ruolo attivo da parte dei comuni deleganti, chiamati non a spogliarsi completamente delle proprie competenze, ma a restare responsabili della vigilanza su tali servizi. Sulla capacità di effettivo intervento si riscontra però una situazione a macchia di leopardo, dove l'intervento sostanziale dei comuni, in termini di individuazione di obiettivi, indirizzi e poi anche verifica dell'attuazione dei servizi, è sviluppato in quelle realtà dove vi è un rapporto più consolidato di integrazione tra comuni e AULSS, mentre in altri casi si tratta di un'indicazione più di natura formale che sostanziale.

Negli ultimi tempi, tuttavia, nelle regioni in cui è previsto il meccanismo della delega si sta assistendo ad un'inversione di rotta. Alcuni territori stanno optando per la revoca delle deleghe. È quanto sta accadendo nella Regione Veneto ed in Emilia Romagna (es. Rimini). Nell'AULSS 16

della Regione Veneto, ad esempio, è in via di ritiro, da parte dei comuni, la delega per il trasporto scolastico per ragazzi disabili. Il servizio verrà sostituito, da parte dei comuni, con dei voucher. Nel caso in cui i comuni decidano di ritirare le proprie deleghe per il sociale, ciò consente ai distretti di presidiare in modo più centrale i nodi critici, e, allo stesso modo, i comuni riescono così ad avere direttamente il polso sull'impiego delle risorse per i servizi alla loro cittadinanza.

L'area dell'integrazione socio-sanitaria si caratterizza quindi per alcune resistenze nella capacità di oltrepassare la frattura tra queste due aree. L'integrazione culturale, delle prassi e dell'operatività tra tecnici afferenti ai due servizi non è sempre agevole, e ancora una volta, in alcuni casi, il sociale afferma di soffrire una sorta di «prevaricazione» da parte del sanitario. Si tratta di una situazione ancora caratterizzata da un discreto grado di eterogeneità, poiché vi sono territori che storicamente hanno promosso e incentivato una cultura dell'integrazione tra sociale e sanità, e che oggi sono pertanto più avanzati sotto questo profilo, ed altri che, al contrario, ancora sostengono di intravedere un ruolo ancillare per il sociale. Una delle strade per superare questa empasse consiste nel promuovere occasioni di confronto congiunto, come ad esempio la stesura di documenti capaci di disegnare una *vision* ed una *mission* comune per le due aree, come nel caso dei Piani di zona socio-sanitari.

#### *4. Strumenti e processi di programmazione strategica nella governance sanitaria*

I documenti di programmazione strategica rintracciati nelle realtà esaminate evidenziano come si possa oggi assistere ad una differente declinazione terminologica di quelli che sono gli atti programmatori fondamentali. Altrettanto disomogeneo si presenta il quadro degli strumenti adottati: gli atti legislativi regionali prevedono talora l'adozione di strumenti di programmazione sanitaria a livello di azienda sanitaria, cui si somma l'atto di programmazione per i servizi socio-sanitari e sociali, ed eventuali atti di programmazione a livello distrettuale. A questa complessità, si va poi sommando l'ulteriore variabilità che si registra all'interno delle singole regioni. Si può quindi riscontrare una differenza nella programmazione anche nel confronto tra ASL vicine, che possono optare per diverse soluzioni, ad esempio decidendo di non adottare un determinato strumento programmatico. Senza infine dimenticare qual è il ruolo realmente esercitato dallo strumento: è un vero e proprio atto votato alla definizione degli obiettivi e delle priorità strategiche, capace di delineare ruoli e competenze, contributi e responsabilità a carico di

ciascuno degli attori del sistema, oppure si tratta di atti adottati con finalità di mero adempimento formale ad una prescrizione regionale che vincola, ad esempio, l'erogazione di determinati finanziamenti alla formalizzazione della programmazione pluriennale?

Dato questo quadro di particolare complessità, è importante innanzitutto chiarire quali sono gli strumenti di programmazione strategica che regioni ed aziende sanitarie hanno deciso di darsi, ed entrare nel merito delle modalità di costruzione degli stessi.

Seguendo l'ordinamento «gerarchico» degli atti programmatori, si hanno:

- piano sanitario o sociosanitario regionale;
- atti di programmazione ed indirizzo generale a livello di Azienda sanitaria;
- atti di programmazione sanitaria e/o sociale a livello di Azienda sanitaria;
- atti di programmazione sanitaria e/o sociale a livello distrettuale.

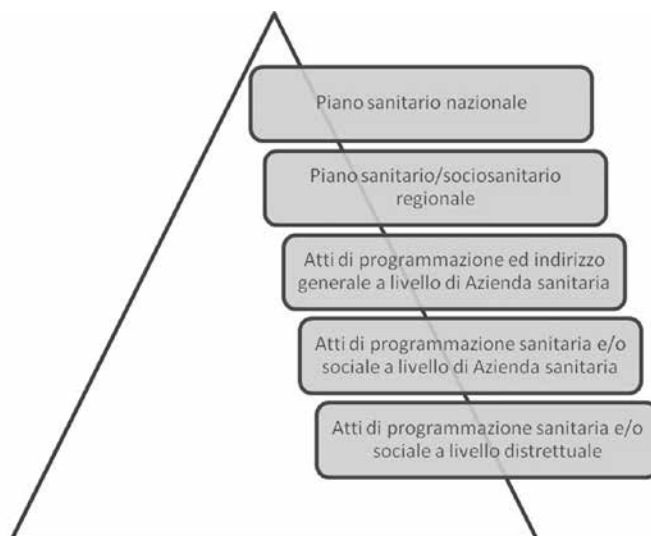


Fig. 1 - Gli strumenti di programmazione sanitaria e sociale

Tra gli atti di indirizzo strategico a livello di azienda sanitaria si possono ascrivere, ad esempio:

- il Piano di organizzazione e funzionamento aziendale (POFA) nelle ASL della Lombardia, che definisce il rapporto tra ASL ed enti locali, le funzioni dei diversi organi aziendali, la definizione dell'orga-

- nizzazione delle diverse strutture (ospedaliere, dipartimentali, distretti, etc), i rapporti con gli erogatori dei servizi e con l'utenza, e altri aspetti relativi all'organizzazione dell'azienda;
- l'atto di indirizzo e coordinamento triennale nelle AUSL dell'Emilia Romagna, che contiene invece le priorità strategiche di area sociale, sociosanitaria e sanitaria, utile alla definizione degli indirizzi per l'adozione del PAL e del Piano di zona distrettuale. L'atto viene approvato dalla Conferenza territoriale sociale e sanitaria (CTSS);
  - il Documento annuale delle direttive nelle AULSS del Veneto, con il quale la direzione aziendale individua obiettivi strategici e principi guida, indirizzi programmatici e definisce le priorità aziendali e per singolo dipartimento.

Per quanto concerne la programmazione sanitaria, questa viene definita, sempre a partire dalle indicazioni riportate nel Piano sanitario (o sociosanitario) regionale, a livello di azienda sanitaria, prevedendo in alcuni contesti una successiva declinazione di questa sul sub-livello distrettuale. Sul fronte della programmazione degli interventi sanitari ed assistenziali a livello di ASL, elaborati quindi dalla direzione strategica aziendale, questa è contenuta nei seguenti atti:

- Documento di programmazione e coordinamento dei servizi sanitari e sociosanitari in Lombardia;
- Piano attuativo locale (PAL) in Veneto, Emilia Romagna, Toscana e Puglia.

I PAL sono lo strumento di programmazione di medio-lungo periodo, unitario a livello ASL, che si uniforma al Piano sanitario/sociosanitario regionale. Si tratta di un atto per la programmazione territoriale, volto a sviluppare un sistema organizzativo-gestionale delle cure primarie sui diversi livelli istituzionali. Vengono elaborati dalla direzione strategica aziendale, e nel caso di Veneto ed Emilia Romagna con il concorso delle rappresentanze degli enti locali (Conferenza dei sindaci/CTSS) e in seguito approvati dall'azienda sanitaria.

I Piani attuativi locali (PAL) di Toscana e Veneto prevedono il coordinamento con i contenuti, rispettivamente, dei PIS e del Piano di zona. Nella Regione Toscana i PAL recepiscono i contenuti dei PIS delle zone-distretto per quanto concerne la parte relativa alle attività sanitarie e socio-sanitarie territoriali, mentre la programmazione delle cure primarie sul versante strettamente sanitario resta in capo alla stessa AUSL. Questi documenti contengono le linee di indirizzo dell'assistenza sanitaria. I Piani integrati di salute (PIS) della Toscana prevedono inoltre una concertazione tra l'azienda sanitaria e gli attori del territorio ai fini della realizzazione dei progetti di salute.

Ciò che l'indagine empirica ha permesso di rilevare nella Regione Puglia è, attualmente, a causa delle contingenze legate al Piano di rientro, la presenza prevalentemente di Piani di natura settoriale. I PAL non sono quindi stati approvati, e, conseguentemente, nemmeno i PAT distrettuali. Come emerge dal racconto di un Direttore di DSS «Il PAT non c'è perché è figlio del PAL che non c'è, c'è solo il piano di rientro. Abbiamo una bozza di PAT, vecchia di un anno, approvato con i medici di medicina generale, ma in assenza del PAL è rimasto tutto sulla carta».

Può essere prevista una declinazione dei contenuti della programmazione aziendale per le singole aree distrettuali. Nella Regione Puglia questa si concretizza in due strumenti: il Piano annuale delle attività (PAA) ed il Piano di attività territoriali (PAT). Il PAA è una declinazione distrettuale del PAL aziendale, tuttavia si registra in più distretti la presenza di un Piano annuale delle attività (PAA) anche in assenza del Piano attuativo locale di ASL. Questo è indicativo di uno scollamento che si verifica tra i due livelli di programmazione.

I distretti possono però dotarsi anche di propri strumenti di programmazione di ambito sanitario, come avviene per i distretti pugliesi e veneti con l'elaborazione del Piano di attività territoriali (PAT), che viene adottato mediante accordo di programma tra Ambiti territoriali sociali e comuni, e costituisce lo strumento operativo di programmazione annuale dei distretti, che traduce in termini operativi obiettivi e indirizzi contenuti nei documentali annuali di programmazione attuativa locale (PAL). Seguendo il disposto del d.lgs. n. 229/1999, il PAT è proposto dal Direttore di distretto ed elaborato in concertazione da ASL, Direttore del distretto, comuni dell'ambito (nel Veneto, in particolare, con il Comitato dei sindaci di distretto), rappresentanze dei cittadini (in forma organizzata e non) e con un significativo contributo anche da parte delle rappresentanze della medicina convenzionata (MMG, PLS, SAI). Il PAT è approvato dal Direttore generale dell'ASL sentito il parere del Comitato dei sindaci per la parte sanitaria e d'intesa con tale comitato per la parte sociosanitaria, e deve prevedere: la localizzazione dei servizi a gestione diretta e le risorse per l'integrazione sociosanitaria a carico di ASL e comuni.

Nella Regione Veneto non tutti i distretti adottano il PAT: ad esempio nell'AULSS 16, dove il comune di Padova è ripartito all'interno di tre

diversi distretti, questo richiederebbe la partecipazione a tre diversi tavoli di negoziazione del PAT, e per tale ragione l'AULSS ha optato per la non adozione del PAT stesso. Anche ove presente, tuttavia, ne viene sottolineato il carattere prettamente attuativo: si tratta infatti di una declinazione annuale degli obiettivi definiti a livello aziendale, più che uno strumento di vera e propria programmazione, da parte del Direttore di distretto, degli obiettivi da attuare.



#### 4.1. I processi di programmazione socio-sanitaria

Un approfondimento a sé merita la programmazione della materia socio-sanitaria e sociale, che richiede il consolidamento delle relazioni tra enti locali e azienda sanitaria (con il distretto in particolar modo) al fine di definire dei momenti organizzativi integrati capaci di rispondere alla complessità dei bisogni di salute mediante l'individuazione delle priorità di intervento.

Di fronte a bisogni socio-sanitari complessi, in particolare per quanto concerne la gestione delle cronicità e della comorbidità, si richiede una ricomposizione unitaria di istituzioni, organizzazioni, operatori capace di responsabilizzare il livello strategico (di *policy*), tattico (organizzativo) e operativo-professionale (assistenziale) (AGENAS 2011).

Il rinnovato quadro legislativo introdotto a seguito delle riforme del Servizio sanitario nazionale degli anni Novanta è stato poi implementato dalle singole regioni identificando processi di integrazione socio-sanitaria talora discostanti gli uni dagli altri. Cepiku e Meneguzzo (2009) individuano una serie di criteri utili a inquadrare lo stato dell'integrazione socio-sanitaria: i prerequisiti per l'integrazione negli interventi di coordinamento sui diversi livelli (sovraordinato; istituzionale; gestionale; professionale); gli strumenti giuridici previsti per l'integrazione istituzionali (come, ad esempio, la previsione di accordi di programma, convenzioni, etc); gli strumenti operativi sul livello territoriale (il Piano di zona). Sulla base di questi indicatori, gli Autori hanno proceduto ad una rilevazione sulle regioni italiane del livello di integrazione strutturale e dei meccanismi di coordinamento, che ha consentito di identificare quattro modelli idealtipici. Rispetto alle regioni oggetto del presente studio, queste si collocano, secondo il modello individuato da Cepiku e Meneguzzo come:

- regioni a media integrazione strutturale e poco coordinamento: Veneto, Puglia (assieme alla Regione Liguria);
- regioni a media integrazione strutturale e medio coordinamento: Emilia Romagna;
- regioni a media integrazione strutturale e alto coordinamento: Toscana (stesso modello anche per la Regione Umbria);
- regioni a bassa integrazione strutturale e medio coordinamento: Lombardia (assieme alle regioni Lazio, Marche, Sicilia, Piemonte).<sup>6</sup>

6. Si aggiungono poi a quelli citati, anche i modelli di integrazione socio-sanitaria relativi a:

- regioni ad alta integrazione strutturale e poco coordinamento: Basilicata, Calabria, Valle d'Aosta;
- regioni alta integrazione strutturale e medio coordinamento: Provincia di Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Sardegna;

Viene quindi evidenziato come dato di rilievo la differenziazione dei modelli regionali dinnanzi alle prescrizioni normative nazionali in tema di integrazione, che ha condotto a strategie e scelte eterogenee sul panorama regionale, che tuttavia non si traduce in un elevato livello di integrazione sia sul fronte strutturale che su quello operativo. Una differenziazione di modelli confermata anche dalla recente analisi condotta da Di Nicola e Pavesi (2012) e che viene ulteriormente accentuata dalla presenza di forti differenze endoregionali. La ricerca sottolinea come la partita dell'integrazione si giochi prevalentemente nella relazione tra i comuni (per lo più in forma associata) e le aziende sanitarie attraverso l'utilizzo di diversi strumenti: accordi di programma, deleghe, documenti di piano. Sono questi ultimi, assieme alla dimensione dell'integrazione professionale, ad avere un ruolo centrale nelle prassi concrete dell'integrazione.

Proprio sul piano strategico, e sullo strumento cardine della programmazione sociosanitaria, i Piani di zona (previsti dalla Legge n. 328/2000, art. 19), si è deciso di approfondire con la presente ricerca il ruolo delle aziende sanitarie e dei comuni nei percorsi di integrazione tra le politiche sanitarie e sociali.

Come già visto in precedenza per gli altri strumenti di programmazione strategica, anche con riferimento ai documenti territoriali della programmazione socio-sanitaria si rintracciano diverse definizioni:

- Piano di zona: Regione Lombardia, Regione Veneto, Regione Puglia;
- Piano di zona distrettuale per la salute e il benessere sociale: Regione Emilia Romagna;
- Piani integrati di salute (PIS) per le zone-distretto della Toscana.

Ambito territoriale di riferimento e durata temporale dell'atto seguono dettami specifici nelle regioni indagate, così come risulta dalla tabella che segue:

Tab. 3 - Il Piano di zona: riferimento territoriale e durata

| Regione        | Bacino territoriale di riferimento | Durata della programmazione |
|----------------|------------------------------------|-----------------------------|
| Emilia Romagna | Distrettuale                       | Triennale                   |
| Lombardia      | Distrettuale                       | Triennale                   |
| Puglia         | Distrettuale                       | Triennale                   |
| Toscana        | Zona - distretto                   | Triennale                   |
| Veneto         | Aziendale                          | Quinquennale                |

- regioni a bassa integrazione strutturale e poco coordinamento: Abruzzo, Campania, Molise, Provincia di Trento.

Fatta eccezione per la Regione Veneto, dove il Piano di zona ha come bacino territoriale di riferimento quello dell'AULSS nel suo complesso, nelle altre quattro regioni indagate il Piano di zona è elaborato a livello di singolo distretto. Vanno notate però alcune specificità, come nel caso della Regione Puglia dove sono sì presenti i distretti sociosanitari, con coincidenza tra ambito sociale e distretto sanitario, ma dato che i comuni capoluogo di Bari, Foggia e Taranto hanno ciascuno un solo ambito sociale, il numero dei Piani di zona elaborati è 45 (contro un totale di 49 distretti socio sanitari).

Il Piano di zona (PDZ) è nella normativa regionale definito come atto del distretto sociosanitario delle ASL in Lombardia (l.r. n. 3/2008), salvo l'eventuale decisione di una programmazione sociale (e stipula del relativo Accordo di programma) sovra distrettuale.

Rispetto ai contenuti, il Piano di zona comprende:

- l'analisi dello stato di salute e dei bisogni della popolazione del territorio;
- la definizione degli obiettivi e delle priorità strategiche di salute e benessere sociale da raggiungersi, con riferimento sia agli interventi consolidati che ad altre azioni di potenziamento ed innovazione promosse;
- l'individuazione, qualificazione e quantificazione delle risorse (istituzionali, organizzative umane e finanziarie) pubbliche, private, del terzo settore, disponibili e attivabili relativa agli interventi previsti;
- gli strumenti di regolamentazione dei rapporti organizzativi ed economico-finanziari fra i diversi soggetti, quali convenzioni obbligatorie, deleghe, accordi di programma, convenzioni facoltative, etc.

Il Piano di zona può prevedere una articolazione dello stesso di carattere più operativo. Nella Regione Emilia Romagna, ad esempio, il PDZ viene annualmente declinato nel Programma attuativo annuale (PAA) che specifica gli interventi da attuare, individuando altresì le risorse che AUSL/distretto, provincia e comuni impegnano per l'attuazione degli interventi, nonché identifica progetti o programmi di integrazione con le altre politiche di welfare (educative, del lavoro, dell'ambiente, etc).

Il Piano sociale di zona è stato invece sostituito nella Regione Toscana con il Piano integrato di salute (PIS), che rappresenta l'unico piano locale per la programmazione delle politiche sociali e sociosanitarie e la loro connessione con gli altri settori di politica di welfare locale.

Punto di partenza nella definizione del Piano di zona, è la costruzione del profilo di salute della popolazione, che viene poi condiviso e discusso anche con le realtà della società civile. L'elaborazione del Piano di zona avviene successivamente, in linea generale, mediante l'identificazione di alcuni tavoli tecnici di lavoro, che si occupano dell'approfondimento, discussione e formulazione di proposte per una specifica area d'inter-

vento (le dipendenze, l'area anziano, la salute mentale, etc), mettendo attorno al tavolo *expertise* sia dell'azienda sanitaria (es. Direttore del dipartimento per la salute mentale), operatori, rappresentanti degli ee.ll. e della comunità locale. Il PDZ viene generalmente promosso dalla rappresentanza politica locale (distrettuale/aziendale a seconda dei casi) e dalla direzione sociale di ASL.<sup>7</sup> L'elaborazione del Piano di zona è il risultato di un lungo, articolato lavoro di collaborazione e mediazione tra i diversi attori della rete locale, inclusi gli enti del Terzo settore che partecipano ai Tavoli di lavoro. È generalmente compito dell'ASL promuovere, mediante gli Uffici di piano, la partecipazione dei soggetti del Terzo settore alla progettazione della rete di offerta sociosanitaria, mentre meno incisivo e marginale, se non del tutto escluso, è il loro coinvolgimento nella programmazione delle attività più strettamente sanitarie.

Le modalità di partecipazione dei soggetti non istituzionali prevedono il livello della «consultazione» utile a raccogliere indicazioni, proposte e che ha uno scopo informativo, e il livello della «concertazione», in cui i soggetti sono chiamati al confronto sulle decisioni in merito a politiche, priorità, azioni, risorse, strategie di intervento che verranno poi formalmente individuati dai soggetti titolari del Piano di zona. Tuttavia, la partecipazione avviene prevalentemente nella forma della consultazione, con una intensità nei momenti decisionali chiave che è in linea tendenziale poco marcata, salvo le eccezioni rappresentate da organizzazioni del Terzo settore maggiormente articolate sul territorio o che storicamente hanno avuto una maggior capacità decisionale. Il Terzo settore gioca pertanto un ruolo fondamentale e imprescindibile nella fase di erogazione dei servizi, ma restano ancora notevoli margini di miglioramento rispetto all'incremento della capacità decisionale di questi attori delle politiche socio-assistenziali, che richiedono di abbandonare i vecchi modelli culturali che hanno a lungo vissuto il Terzo settore come soggetto in posizione ancillare e sussidiaria all'intervento pubblico.

Nella Regione Toscana viene messo in risalto come all'elaborazione del PIS partecipino, oltre alle strutture competenti delle amministrazioni comunali locali, anche gli organismi del Terzo settore: un'accesa consultazione con le associazioni di volontariato e tutela e la cooperazione sociale caratterizza in un'ottica fortemente partecipata l'elaborazione di questo strumento, come emerge dal pensiero di un Direttore della Società della salute:

7. Questo vale in modo particolare nella Regione Veneto, dove il Direttore dei servizi sociali è chiamato a presiedere il gruppo di coordinamento tecnico, nominato dall'Esecutivo della conferenza dei sindaci del territorio, e costituito dai componenti dell'Ufficio di Piano e dai referenti dei tavoli tematici.

Il comitato di partecipazione, rispetto alla programmazione, ha un ruolo più incisivo [rispetto alla consulta del terzo settore, composta da tutti i soggetti del terzo settore che erogano prestazioni sul territorio, ndr]. Entrambi sono chiamati a esprimere pareri sugli atti della programmazione, però mentre la consulta si ferma lì, quindi esprime soltanto un parere rispetto alla programmazione, il comitato ha anche un ruolo successivo, di verifica e di controllo rispetto agli esiti di salute che il piano propone. Questo è stato fatto per evitare conflitti di interesse. (Intervista Direttore società della salute, Regione Toscana)

Il PIS è soggetto all'approvazione della Conferenza zonale dei sindaci nel caso in cui nella zona-distretto manchi la Società della salute, oppure dall'Assemblea dei soci della SDS (così come disposto dall'Art. 26, co. 6, l.r. n. 60/2008). Il PIS viene poi recepito dalle AUSL all'interno del Piano attuativo locale, segnalando in tal modo come si sia cercato nella Regione Toscana di privilegiare la programmazione territoriale, quantomeno con riferimento ai servizi sociali e socio-sanitari. Inoltre, il nuovo Piano socio-sanitario regionale in fase di approvazione prevede che tutti gli ambiti zionali provvedano all'elaborazione dei nuovi PIS, in mancanza dei quali non saranno attivabili i trasferimenti delle risorse previste.

Le proposte elaborate dai diversi gruppi di lavoro tecnici<sup>8</sup> vengono successivamente sottoposte alla validazione dell'Ufficio di Piano. Il Piano di zona è infine approvato dall'azienda sanitaria (Direttore generale) e dagli organi politici di rappresentanza locale a seconda del bacino territoriale di riferimento (Comitato dei sindaci di ASL/distretto; CTSS) ed adottato con Accordo di programma.

Peculiare è invece l'elaborazione del Piano di zona in Regione Puglia, che si verifica sostanzialmente su 2 livelli:

- istituzionale, con regia dei comuni e presenza di un Tavolo di concertazione a cui partecipano i Sindaci, la provincia, la regione con gli assessorati regionali di ramo, i rappresentanti istituzionali e politici del territorio (sindacati, cooperative, ecc.);
- tecnico-progettuale, a cui partecipano di solito tecnici delegati dai soggetti istituzionali.

I Piani di zona, nonostante si presentino come strumento cardine della programmazione in materia socio-sanitaria, sembrano tuttavia non essere ancora pienamente efficaci per diverse ragioni: i contenuti mostrano talora delle discordanze, con obiettivi non sempre pienamente armonizzati tra loro; si registra una discreta variabilità nella puntualità con cui

---

8. Al fine di favorire l'integrazione tra enti locali ed azienda sanitaria per la programmazione ed il successivo monitoraggio sui Piani di zona, il legislatore regionale ha previsto l'istituzione di appositi uffici di supporto (ad esempio in Lombardia) e degli Uffici di piano (Emilia Romagna, Veneto).

gli obiettivi vengono definiti (alcuni si mantengono ad un più alto livello di astrattezza, contro altri che, nel medesimo documento, presentano anche indicatori di risultato da raggiungere); gli obiettivi definiti non hanno contenuto pienamente prescrittivo, poiché, in mancanza della definizione meccanismi incentivanti e/o sanzionatori, vedono perdere parte della loro efficacia.

Infine, va sottolineato come, sotto il profilo dei percorsi di valutazione dei Piani di zona, le aziende sanitarie promuovono forme di monitoraggio e verifica in itinere sullo stato di attuazione della programmazione socio-sanitaria locale: è quanto previsto dalla normativa della Regione Lombardia, che prevede ad esempio azioni di verifica sulla spesa, incontri con i sottoscrittori degli accordi di programma, promozione della partecipazione dei soggetti del Terzo settore, definizione di protocolli operativi per favorire l'accesso ai servizi e la regolazione delle competenze nelle aree ad alta integrazione socio-sanitaria (esempio la continuità assistenziale, i servizi domiciliari). Importante è a tal proposito il percorso intrapreso dalla Regione Toscana con il Sistema di valutazione e valorizzazione della performance delle ASL, oggi in progressiva estensione con l'integrazione di idonei indicatori capaci di valutare le performance dei servizi socio-sanitari, da rilevarsi a livello di Società della salute/zone-distretto. Significativo è l'utilizzo di questi indicatori a supporto dei processi di pianificazione e programmazione aziendale (con diretto collegamento anche al budget aziendale), e per la definizione del sistema di incentivi per la direzione dell'ASL.

È importante sottolineare anche il legame che intercorre tra il Piano di zona e gli altri strumenti di programmazione: gli obiettivi di area socio-sanitaria vengono infatti generalmente recepiti dal Piano attuativo locale (PAL) e, in taluni casi, anche dal PAT distrettuale. Gli atti normativi regionali cercano infatti di promuovere il più pieno raccordo e armonizzazione nella programmazione sul multilivello, anche se questo si scontra nella realtà con processi programmatori che avvengono su binari paralleli e che danno a tale armonizzazione più un peso simbolico (ad esempio, mediante generici richiami a quanto contenuto nel PDZ) che sostanziale.

Rileva inoltre notare che all'azienda sanitaria generalmente competono anche compiti di controllo e validazione sugli atti programmatori dei propri distretti. Si possono identificare occasioni di controllo di congruità dell'atto programmatico; di validazione dei piani di riparto dei finanziamenti predisposti dai distretti (Regione Lombardia) nonché forme di rendicontazione periodica di attività e risorse consumate in sede di Comitato distrettuale al fine di favorire il controllo della spesa (Regione Emilia Romagna). Con riferimento ai PDZ le AULSS del Veneto

sono invece chiamate a redigere annualmente la Relazione valutativo-previsionale utile all'identificazione degli obiettivi dell'anno successivo. L'elaborazione di documenti quali la Relazione sanitaria aziendale (Regione Toscana) permette di evidenziare i risultati conseguiti in termini di servizi e prestazioni erogati, con particolare riferimento agli obiettivi del Piano attuativo, concentrando l'attenzione sull'attività sociosanitaria.

Il vero *driver* della programmazione resta però, ancora una volta, l'effettiva disponibilità di risorse. Solo nel caso in cui il livello territoriale possa davvero disporre di risorse proprie da gestire si può parlare di programmazione locale in senso completo. Nel momento in cui tali risorse vengono meno, ecco allora che la titolarità della gestione del servizio e della sua programmazione restano in capo all'azienda sanitaria.

Un ulteriore elemento di criticità rintracciato riguarda l'iter della programmazione. Sebbene atti normativi regionali e linee guida enfatizzino la logica del ciclo della programmazione, ciò cui talora si assiste è una programmazione svincolata dall'analisi dei bisogni e degli standard di prestazione erogati, per fondarsi invece su previsioni, a detta degli stessi interlocutori, «spanno metriche», ovvero legate alla rendicontazione storica aggiustata sulla base delle liste d'attesa. Lo stesso può accadere anche per il processo di budget, che in mancanza di un sistema informativo idoneo si definisce secondo la logica incrementale o addirittura resta statico.

Tab. 4 - Gli strumenti programmatori e relativo livello di adozione: quadro riassuntivo

| Regione        | <i>Programmazione sanitaria</i>  | <i>Programmazione socio-sanitaria e sociale</i>  |
|----------------|--|--|
| Emilia Romagna | Piano Attuativo Locale (AUSL)  | Piano di zona distrettuale per la salute e il benessere sociale (distretto)<br>Programma attuativo annuale del piano di zona (distretto) |
| Lombardia      | Documento di Programmazione e coordinamento dei servizi sanitari e sociosanitari (ASL)<br>Piano strategico triennale (ASL) | Piano di Zona (distretto)  |
| Puglia         | Piano Attuativo Locale (ASL)<br>Piani di attività territoriali (distretto)   | Piano di Zona (distretto)  |
| Toscana        | Piano Attuativo Locale (AUSL)  | Piani integrati di salute (zona-distretto)   |
| Veneto         | Piano Attuativo Locale (AULSS)<br>Piani di attività territoriali (distretto)   | Piano di Zona (AULSS)  |

Nota: è indicato tra parentesi il livello al quale è adottato lo strumento programmatico, ovvero se riguarda l'asl nel suo complesso, oppure il singolo distretto.

Coordinamento ed integrazione sono oggi la risposta all'ampliamento del gap generatosi per effetto di quei processi di derivazione neoliberale che hanno condotto, attraverso la spinta manageriale, il decentramento e l'enfasi sulla privatizzazione e liberalizzazione della «produzione» ed erogazione dei servizi sanitari. In questo scenario, i professionisti sanitari diventano sempre più attori centrali nel favorire l'integrazione tra i diversi ingranaggi del sistema e nei processi decisionali (GAULD 2009).

Uno degli interlocutori privilegiati delle aziende sanitarie, e al contempo la risorsa fondamentale delle stesse, sono i professionisti che vi operano. Centrando in particolare l'attenzione sull'erogazione delle cure primarie, sono chiaramente i medici convenzionati a rappresentare il principale e primario stakeholder con cui l'azienda sanitaria si interfaccia. Medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali interni, medici di continuità assistenziale racchiudono una larga fetta di ciò che consente alle cure primarie di esistere. Ne consegue che la regolazione dei rapporti tra ASL e rappresentanze della medicina sul territorio è elemento di primaria rilevanza nel disegno della governance dell'azienda sanitaria, proprio perché imprescindibile è il ruolo dei professionisti, e rilevanti sono le risorse messe in campo.

L'applicazione degli Accordi collettivi nazionali, recepiti poi dalle regioni, siglati con i diversi professionisti rientra tra il mandato assegnato alle aziende sanitarie, e che nella Regione Veneto, ad esempio, rientra tra gli obiettivi di valutazione del mandato del Direttore generale dell'AULSS. L'Accordo regionale, come esplicitato dalla d.GR n. 4395/2005 della Regione Veneto «rappresenta un documento di programmazione regionale, nonché la cornice normativa della Medicina Convenzionata, all'interno della quale le Aziende ULSS, in sintonia con i Medici Convenzionati, definiscono l'organizzazione dell'assistenza sul territorio». In Emilia Romagna, invece, è compito del Dipartimento cure primarie assicurare l'adozione a livello locale degli AA.CC.NN.

La stipula di accordi con la Medicina generale può essere a livello distrettuale o a livello aziendale. Rientrano nel primo caso le zone-distretto della Regione Toscana: 25 delle 34 zone-distretto hanno stipulato accordi con la Medicina generale, e in 4 ambiti sono stati effettuati accordi anche con i pediatri di famiglia. Le Società della salute hanno però un ruolo di coordinamento e interlocuzione sia con i MMG che con i PLS, in quanto, come ben espresso nelle parole di un Direttore di SDS «Il direttore della SDS partecipa sia al comitato dei pediatri, sia al comitato di medicina generale a livello aziendale. In quelle sedi, avviene un contatto importante, perché su alcune misure riusciamo a dialogare anche rispetto a certi obiettivi che l'azienda dà ai medici sul territorio.»

Nella Regione Veneto i Patti aziendali (d.GR n. 3889/2001) sono accordi



stipulati da ciascuna azienda ULSS con le OO.SS. maggiormente rappresentative dei propri medici convenzionati, per promuovere attività di governo della domanda, obiettivi di salute, attività di formazione, di crescita professionale dei medici e di erogazione di servizi. I Patti vengono definiti con valenza pluriennale (2-3 anni) ed articolati operativamente mediante i Contratti, che saranno poi siglati e sottoscritti dal singolo medico e/o dalla forma associativa. Il Patto esplicita quindi gli obiettivi aziendali (di processo e di risultato) da perseguire e contestualizza il ruolo del medico di assistenza primaria. La Regione Veneto ha definito anche alcune aree «minime» che il Patto deve regolare, ovvero: partecipazione, integrazione e partnership; prevenzione ed educazione dei pazienti; gestione della cronicità; accessibilità; sistema informativo ed informatico; appropriatezza nell'uso delle risorse. Il contenuto dei Patti aziendali viene poi tradotto, nel Contratto annuale, in specifici indicatori quali-quantitativi verificabili, fissando pesi ed incentivi per ciascun obiettivo. A tale sistema di obiettivi è legato un meccanismo economico incentivante, aggiuntivo alla quota fissa destinata al medico convenzionato. Un elemento fondamentale contenuto nei Patti aziendali concerne poi la medicina in forma associata: le modalità di attuazione delle forme associative complesse vengono definite dalle aziende ULSS mediante accordi con le OO.SS., individuando anche appropriati meccanismi incentivanti.

Nell'AULSS 4 della Regione Veneto, ad esempio, sono previsti incontri periodici con i medici operanti sul territorio con l'obiettivo di discutere il rispetto, da parte di questi, degli obiettivi contenuti nel Patto aziendale siglato. A questi incontri con il Comitato dei medici partecipa anche la direzione strategica ed i dirigenti del territorio. Il Patto aziendale prevede in questa AULSS anche una diversa articolazione degli obiettivi a seconda della forma adottata: «Abbiamo anche degli obiettivi che sono calibrati [...] sulle forme. Nel senso che chiediamo molto alle UTAP, un po' meno alle medicine integrate, e questa ha anche una valorizzazione economica.» (Intervista Responsabile delle cure primarie AULSS 4, Regione Veneto)

La definizione dei Patti aziendali è vissuta anche con una certa diffidenza, come espresso da un MMG intervistato presso la Regione Veneto: «Credo che il confronto avvenga tra la direzione sanitaria e il sindacato maggioritario. Anche gli altri, per carità, ma credo i patti aziendali e tutto il resto venga deciso tra di loro. Purtroppo, dico.» (Intervista MMG, Regione Veneto)

Anche nella Regione Puglia è l'ASL a definire ed approvare (mediante delibera firmata dal Direttore generale) i Patti aziendali con la medicina di base. Le diverse rappresentanze si riuniscono nel Comitato aziendale,

composto da Direttore sanitario, Direttori di distretto, rappresentanze sindacali dei medici di medicina generale (UDMG), direzione aziendale. In questa sede vengono definiti gli obiettivi per la medicina convenzionata, come ad esempio quelli concernenti il sistema di monitoraggio e di controllo della spesa farmaceutica.

I rapporti tra medici convenzionati e azienda di afferenza sono favoriti dall'istituzione di sedi preposte al confronto tra le due componenti. Ad esempio, nella Regione Lombardia sono previsti all'interno delle ASL dei tavoli di consultazione permanente tra MMG, PLS, azienda ospedaliera ed ASL.

Le Aziende sanitarie si fanno anche promotrici di progetti e programmi innovativi tesi a migliorare l'organizzazione e la gestione della medicina sul territorio. Ne costituisce un esempio il progetto «Governo clinico dei MMG e PLS» promosso dall'ASL di Brescia, che prevede tra le altre cose, anche un ritorno informativo personalizzato per ciascun medico di base e pediatra di famiglia, prodotto dall'ASL e contenente indicatori utili al controllo sulle prescrizioni, aspetti clinici, risultati raggiunti dai pazienti.

### *Conclusioni*

L'analisi condotta ha permesso di evidenziare come pur a fronte di una discreta variabilità nelle situazioni regionali, sia in termini di modelli organizzativi adottati, che di esperienze e sperimentazioni attualmente in atto, si rintracciano alcuni nodi critici comuni che vale la pena riassumere:

- variabilità interna alla singola regione relativamente al grado di maggiore o minore successo e adesione dei territori alle prescrizioni previste;
- scollamento tra prescrizioni normative che assegnano una forte autonomia al livello distrettuale e quanto invece si registra nelle prassi;
- moltiplicazione e sovrapposizione dei processi di programmazione.

Nonostante gli apparati normativi regionali in materia sanitaria si presentino particolarmente elaborati nonché aggiornati, la risposta dei territori non necessariamente segue le prescrizioni generali, questo in ragione di specificità territoriali (ad esempio è quanto si verifica in aziende sanitarie che hanno di recente affrontato una modifica territoriale per effetto di un accorpamento tra più ASL), ma anche perché la possibilità di definire autonomamente con Atto aziendale l'assetto da darsi, apre di fatto gli spazi a tale variabilità. Ecco allora che nella

stessa regione si possono trovare aziende sanitarie che adottano il PAL e altre che non lo approvano; aziende in cui è stata costituita la Società della salute, e altre aziende in cui ciò non si è verificato; una disomogenea copertura dei Patti aziendali con la medicina di base, e così via. Questa variabilità porta non solo ad una difficoltà nella comparazione delle situazioni locali, ma anche ad avere contesti in cui i processi di governance e gestione dell'assistenza primaria danno risultati diversi. Ci si trova così di fronte a territori ASL e distretti che si muovono a due velocità, con aziende sanitarie costrette a rincorrere «i primi della classe». Gli squilibri nella governance generale della sanità aziendale, finiscono poi per incidere anche su quelli economici: fughe di pazienti, mobilità passiva, alterazioni nelle liste d'attesa, hanno un riflesso tanto sulla capacità di governo economico - finanziario dell'azienda sanitaria, quanto sulla capacità dello stesso di rispondere al bisogno di salute espresso dai propri cittadini.

Un secondo punto che emerge da questa disamina riguarda la questione della governance multilivello. La scomposizione dell'azienda sanitaria in distretti sanitari e negli ambiti per la parte sociale, richiede anche un buon grado di coordinamento tra le attività messe in campo. Se da un lato si rintraccia dai richiami normativi una forte enfasi verso il decentramento di responsabilità e competenze, secondo le logiche della sussidiarietà verticale, dall'altro sembra si possa sostenere che questo decentramento è spesso più formale che sostanziale. Il distretto non sempre dispone di sufficiente autonomia decisionale<sup>9</sup>, e dall'altro lato non è chiaro se una tale autonomia sia auspicabile. Il rischio è infatti quello che si possa moltiplicare in modo esponenziale quella differenziazione di cui si diceva poc'anzi, portandola sino al micro-livello di risposta al cittadino, cioè quello distrettuale. A questo si aggiunge la mancanza dei Liveas di area sociale, che già di fatto creano le basi per una marcata differenziazione da comune a comune nei servizi più squisitamente socio-assistenziali.

Sul fronte della programmazione sanitaria e sociale il quadro è anche qui fortemente articolato, con la compresenza di diversi strumenti che non necessariamente adottano il medesimo orizzonte temporale di riferimento, ma che ciononostante sono chiamati ad armonizzarsi. Il sistema sta affrontando una situazione critica per quanto riguarda la mancanza di una strategia realmente capace di recepire in modo unitario gli impegni

9. Similmente, anche l'indagine condotta da AGENAS su tutti i distretti italiani, evidenzia come una delle principali criticità «il ruolo di legittimazione della governance pubblica del sistema di assistenza primaria, il quale viene riconosciuto più alla direzione della ASL che al distretto» (AGENAS 2011, p. 148).

da assumere nel medio periodo. Il passaggio verso la piena integrazione tra politiche di promozione del benessere che a lungo hanno proceduto parallelamente, l'integrazione istituzionale tra le organizzazioni titolari delle due competenze e, infine, l'adesione di una concezione del welfare in senso più esteso e capace di abbracciare tutte le politiche che a vario titolo contribuiscono alla generazione del benessere per la popolazione, rappresenta ancora una sfida per molti territori.

Situazioni di discreta differenziazione sono il segnale che ancor oggi non si è giunti ad una piena integrazione, e che questa risente dei progressi storici: territori che già godevano, magari per effetto della presenza di amministratori comunali più avveduti, di una buona integrazione con il sanitario, sono quelli che oggi si dimostrano molto più all'avanguardia nella sperimentazione di nuovi approcci di integrazione rispetto a territori limitrofi che non beneficiano dello stesso percorso di sviluppo.

Per rispondere a questo, l'orientamento verso cui le regioni indagate sembrano tendere è quello del superamento della frammentazione programmatoria che ha caratterizzato i decenni precedenti, in favore di una maggiore unificazione e centralizzazione. Si assiste oggi ad un graduale ripensamento dell'individuazione delle linee strategiche tesa ad allineare ed armonizzare tempi e luoghi della programmazione, e al contempo semplificare i processi programmatori. Pensare di rispondere a bisogni di salute per loro natura sempre più complessi mediante la logica dei compartimenti stagni è una strategia non più perseguibile sotto il profilo dell'efficacia nella capacità di risposta e tantomeno sostenibile sotto quello dell'efficienza e dell'economicità d'intervento. È necessario unire le risorse (materiali, umane, intellettuali) provenienti da tutti gli attori del sistema, siano essi pubblici o privati, profit o nonprofit, e sui diversi livelli, per ideare risposte congrue a questa domanda di protezione sociale e sanitaria. Oltre a questo, vale la pena di sottolineare come i processi programmatori, spesso elaborati in termini di consultazioni da attivare, finiscono per «imprigionare» le organizzazioni per diversi mesi nella convocazione di incontri di consultazione e modifiche alle bozze di piano, arrivando talora ad approvare i documenti con notevole ritardo rispetto al periodo di riferimento e perdendo completamente di vista il significato vero della programmazione. Moltiplicare i centri decisionali e i processi di definizione delle linee strategiche di indirizzo del sistema può rendere poco praticabile l'orientamento verso obiettivi di miglioramento comuni.

Quello cui si assiste ancora oggi nelle realtà indagate è quindi un cambiamento progressivo verso l'adozione di logiche di rete, ma che ancora risente dei modelli culturali accentrati che a lungo hanno dominato il panorama della gestione dei servizi sanitari e socio-assistenziali nel no-

stro Paese. Ecco allora che l'adozione di processi concertati, negoziati e con ampie consultazioni sia di tutti gli stakeholder istituzionali (enti locali, province, i diversi «bracci» in cui si articola la sanità territoriale) e non (universo delle professioni mediche e sociali, comunità civile, terzo settore), rischia di assumere le vesti di una complessa serie di «cerimoniali» messi in scena con la compartecipazione di tutti gli attori del sistema (regione, aziende sanitarie, distretti, enti locali) nel tentativo di rafforzare reciprocamente la propria legittimazione. Al contrario, ciò cui i processi di governance debbono tendere è invece l'affermazione di logiche concertative snelle, capaci di rispondere alle esigenze decisionali (siano esse sul piano strategico, che su quello più tecnico ed operativo) senza che si verifichino duplicazioni dei centri decisionali e rinegoziazioni con chi realmente gestisce le leve del potere.

Quello di cui hanno davvero bisogno i sistemi sanitari regionali non è tanto l'«affermazione» di abbracciare le logiche della governance, quanto piuttosto di ripensare alle modalità con cui gli attori entrano in relazione reciproca per la costruzione di un sistema unitario di servizi socio-assistenziali capace di valorizzare e trarre giovamento dall'apporto di risorse specifiche dei diversi stakeholder.

### Bibliografia

- AGENAS, *La rete dei distretti sanitari in Italia*, Roma, «I quaderni di Monitor», x, 27, 2011.
- E. ANESSI PESSINA, E. CANTÙ (a cura), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2010*, Milano, Egea, 2010.
- I. BACHE, M.W. FLINDERS, *Multi-level Governance*, Oxford, Oxford University Press, 2004.
- G. BERTIN (a cura), *Piani di zona e governo della rete*, Milano, FrancoAngeli, 2012.
- G. BERTIN (a cura), *Welfare regionale in Italia*, Venezia, Edizioni Ca' Foscari-Digital Publishing, 2012b.
- M. BEVIR, *Key concepts in governance*, London, SAGE, 2009.
- M. BIOCCA ET AL. (a cura), *La governance nelle organizzazioni sanitarie*, in *Salute e Società*, Milano, Franco Angeli, 2008.
- D. CEPILU, M. MENEGUZZO, *Politiche e strategie regionali di integrazione socio-sanitaria: un'indagine empirica*, in A.D. BARRETTA (a cura), *L'integrazione socio-sanitaria*, Bologna, Il Mulino, 2009, pp. 77-102.
- P. DI NICOLA, N. PAVESI, *L'integrazione delle politiche con particolare riguardo all'integrazione socio-sanitaria*, in G. BERTIN (a cura), *Welfare regionale in Italia*, Venezia, Edizioni Ca' Foscari-Digital Publishing, 2012, pp. 209-265.
- F. FOGLIETTA, F. TONIOLO (a cura), *Nuovi modelli di governance e integrazione socio-sanitaria*, in *Salute e Società*, Milano, Franco Angeli, 2012.
- FORMEZ, *I sistemi di governance dei servizi sanitari regionali*, «Quaderni», 57, 2007.

- 
- R. GAULD, *Health and health care in post-industrial society*, in POWELL, HENDRICKS, *The welfare state in post-industrial society. A global perspective*, London, Springer, 2009, pp. 125-141.
- G. GIARELLI, *Terzo settore e governance sanitaria comunitaria: tre modelli di partnership a confronto*, in *Salute e Società*, Milano, Franco Angeli, 2006.
- W. DE GOOIJER, *Trends in EU health care systems*, London, Springer, 2007.
- R.A.W. RHODES, *The new governance: governing without government*, «Political studies», XLIV, 1996, pp. 652-667.

---

## Le forme organizzative dei distretti nella sanità territoriale

Carmine Clemente

### *1. Il distretto e l'integrazione dei servizi nel welfare sociosanitario*

Il cambiamento e la messa in discussione del welfare e dei modelli di welfare (BERTIN 2012a) stanno ridisegnando sia il principio di cittadinanza sia quello di sussidiarietà. Per quest'ultimo si continua a dibattere (DONATI 2011) per far sì che alcune funzioni dello Stato possano essere assunte in carico dagli enti locali ed altre possano essere attuate attraverso l'interazione orizzontale delle diverse componenti della società: il mercato, l'associazionismo, il Terzo settore dei servizi più prossimi al cittadino.

Con la legge n. 328/2000 e la riforma del Titolo v della Costituzione (legge costituzionale n. 3/2001) si attua il riconoscimento del principio di sussidiarietà nella sua dimensione sia verticale sia orizzontale. La dimensione verticale sconta in questo periodo di crisi economica, ampia e diffusa, la costante riduzione dei finanziamenti statali.

Per quanto riguarda, invece, l'attuazione della sussidiarietà orizzontale, questa non prescinde dal confronto tra idee contrapposte che si sono formate sulle relazioni da instaurarsi tra pubblico e privato, tenendo conto di quanto sancito dall'art. 118 della Costituzione, che favorisce (RIZZA 2002) la partecipazione dei cittadini al processo decisionale dell'amministrazione.

I sistemi sanitari regionali, nel quadro delle politiche di welfare e di welfare sociosanitario, sono chiamati a muoversi entro due direzioni ben precise: l'incremento di efficienza e l'ottimizzazione dell'impiego delle risorse sanitarie, rendendo più efficaci i percorsi di cura, attraverso una miglior gestione dei flussi informativi e l'introduzione di modelli operativi innovativi, capaci di superare le tradizionali logiche di verticalizzazione autarchica che caratterizzano in gran parte l'operato delle diverse strutture che operano all'interno del sistema sanitario nello scenario attuale; lo spostamento progressivo del baricentro del Sistema

sanitario verso un modello di assistenza articolato sul territorio e sulla prossimità al cittadino, in grado di costituire un'alternativa efficace all'ospedalizzazione per la gestione delle cure primarie.

Il punto nevralgico di questo nuovo modello di assistenza è costituito dal Distretto sociosanitario (DSS) quale tassello fondamentale nell'architettura dei sistemi sanitari regionali e dei relativi modelli di welfare locale.

Il Distretto sociosanitario costituisce, come si vedrà più avanti, il luogo privilegiato dell'integrazione socio-sanitaria, rappresenta il contesto territoriale dove si realizza il PAT (Piano delle attività territoriali) e sono assicurati i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie.

La citata legge quadro n. 328/2000 «Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali» segna indubbiamente una svolta fondamentale per l'integrazione dei sistemi sanitari e sociali assicurando alle persone e alle famiglie un sistema integrato di interventi e servizi sociali, promuovendo (MAGGIAN 2001) interventi per garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza.

La programmazione e l'organizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociosanitari (BISSOLO, FAZZI 2005) compete agli enti locali, alle regioni ed allo Stato e risponde ai seguenti principi: sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza ed economicità, omogeneità, copertura finanziaria e patrimoniale, responsabilità ed unicità dell'amministrazione, autonomia organizzativa e regolamentare degli enti locali.

La legge di riforma costituzionale n. 3/2001 ha modificato il criterio di ripartizione dei poteri e delle competenze tra i diversi livelli territoriali di governo ed ha ulteriormente potenziato il ruolo centrale della regione, che assume la competenza legislativa in materia sociosanitaria, fatte salve le materie attribuite alla potestà legislativa esclusiva dello Stato (art. 117, co. 2) e quelle rientranti nella legislazione concorrente (art. 117, co. 3).

Il nuovo assetto di tripartizione legislativo delle competenze attribuisce la titolarità dello Stato della 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 (art. 117, co. 2, lett. m); la titolarità legislativa concorrente delle regioni in materia di tutela della salute e dello Stato nella determinazione dei principi fondamentali; la titolarità legislativa esclusiva delle regioni in materia di sistema degli interventi e dei servizi sociali. Quindi, per le politiche sanitarie (tutela della salute) la competenza è concorrente tra Stato e Regioni, mentre per le politiche sociali la competenza è esclusiva delle Regioni, ma con la competenza esclusiva dello Stato per la deter-



minazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale. Non bisogna dimenticare, infatti, che a partire dalla citata riforma del Titolo v della Costituzione le Regioni italiane hanno potuto decidere e legiferare autonomamente sui propri diversi modelli di attuazione dei servizi sociosanitari in particolare, e dei sistemi di welfare più in generale. Di conseguenza, la definizione e le scelte sul distretto e sull'assistenza primaria spettano alle regioni che possono individuare specifici modelli organizzativi dei servizi sanitari e sociosanitari, all'uopo rispettando le prescrizioni nazionali e garantendo ai cittadini le prestazioni sanitarie e sociosanitarie rientranti nei livelli essenziali di assistenza (LEA).

La ricerca continua e problematica di modelli organizzativi capaci di rispondere alla crescente e differenziata domanda di cure e di salute costituisce un grande e complesso tema sociale che comprende alcuni aspetti di specifico interesse, come l'apparato teorico dell'evoluzione del concetto di salute e le attuali trasformazioni dei sistemi sociali e dei modelli organizzativi dei servizi socio-sanitari (CLEMENTE 2010).

Questo riconoscimento della necessità di sviluppare forme di *partnership* tra azienda sanitaria, distretti sociosanitari e comuni, porta con sé il bisogno di potenziare anche i livelli attraverso i quali ha luogo l'integrazione sociosanitaria: il livello istituzionale che consente di definire i patti per la salute tra i diversi responsabili della stessa; il livello gestionale che garantisce l'adozione di modelli organizzativi coerenti; il livello professionale che permette di armonizzare le competenze dei professionisti chiamati in causa nella realizzazione degli obiettivi di salute comuni.

In questa logica, l'integrazione tra sanitario e sociale sembra ispirarsi a una filosofia di fondo che vede il superamento del dualismo, a livello istituzionale, gestionale e professionale, tra servizi sociali, di competenza degli enti locali, e servizi sanitari, di competenza del Sistema sanitario nazionale.

D'altro canto, la necessità di contenere la spesa pubblica in sanità ha innescato azioni di riduzione degli interventi (welfare) e delle risorse finanziarie. In concreto, la fase di ristrutturazione del welfare nei principali paesi industrializzati (FERRERA 2007) ha prodotto iniziative di contenimento e razionalizzazione della spesa pubblica in sanità, l'incentivazione alla nascita di mercati interni alla sanità pubblica, all'interno dei quali si presentava una offerta in grado di soddisfare la domanda di salute, la fissazione di tetti di spesa e bilanci definiti, la riorganizzazione delle strutture e del personale, i controlli sulle tecnologie e sui prezzi (soprattutto quelli dei farmaci), i controlli sul comportamento prescrittivo dei medici.

Negli Stati Uniti intorno agli anni Ottanta sono state effettuate delle sperimentazioni in questo ambito, con la creazione di centri di servizio in grado di attirare pazienti con offerte vantaggiose: un esempio è rappresentato dalla HMO (*Health Maintenance Organization*). Nel decennio successivo anche in Inghilterra, su iniziativa del governo conservatore della Thatcher, si è cercato di riformare il NHS (*National Health System*) per creare, sull'onda del neoliberalismo economico, anche all'interno della sanità pubblica, un vero e proprio mercato frequentato da produttori e consumatori. In questo periodo nasce un nuovo sistema che non mancherà di contagiare altri paesi dell'Unione Europea, primo tra tutti l'Italia. La nuova proposta organizzativa inglese si avvale di strutture amministrative decentrate chiamate appunto *District Health Authorities*, guidate da una figura manageriale che, utilizzando opportune risorse finanziarie, acquista servizi, sia dagli ospedali pubblici che dai privati, i quali concorrono tra loro, cercando di contemperare costi ed efficacia, secondo i principi economici. Nello stesso tempo sul fronte della medicina di base i medici sono spinti ad associarsi tra loro e a gestire un certo budget, con il quale acquistare sul mercato sanitario prestazioni per i propri assistiti: visite specialistiche, assistenza ospedaliera ecc.

All'interno di questa riforma si consente anche che gli ospedali pubblici possano gestirsi autonomamente. In Italia la riforma varata nel 1992 (d.lgs. 502/1992) si inserisce in uno scenario internazionale neoliberalista, per cui il Governo centrale continua a finanziare regioni e USL rette da manager. Sull'esempio inglese i nostri grandi ospedali sono stati scorporati dalle ASL e con ampi margini di gestione si inseriscono in un nuovo mercato della sanità, all'interno del quale compaiono privati fornitori di servizi accreditati.

Ma se da un lato questi interventi hanno cercato di frenare la spesa pubblica in sanità, nello stesso tempo è sorta un'altra domanda, che vede la sua origine nell'invecchiamento della popolazione e nell'aumento dell'autoinsufficienza, a discapito di una rete di protezione familiare indebolita (ARDIGÒ 2006).

Si è passati, dunque, da uno Stato che forniva servizi ad uno in cui è necessario occuparsi dei destinatari, perché sono cambiate le condizioni economiche, culturali, ma anche gli strumenti tecnologici che forniscono informazioni sempre più capillari e critiche. Sarà indispensabile perciò che i servizi di welfare, e tra questi quello della salute, vengano personalizzati dando più potere agli utenti.

Alcuni autori come Zuboff e Maxim (2002, p. 25) sostengono comunque che la personalizzazione dei servizi non necessariamente coincide con la privatizzazione, ma risponde ad una necessità che è inerente all'attuale trasformazione socio-culturale in atto. Pertanto, bisogna te-

ner conto che «la gente è cambiata più di quanto non siano cambiate le organizzazioni dalle quali dipende [...] le persone concepiscono sé stesse innanzitutto come individui e condividono un desiderio di autodeterminazione psicologica».

Accade perciò che le persone, i cittadini consapevoli di essere diventati attori protagonisti, non accettino più di essere strumentalizzati o manipolati, ma pretendano di essere ascoltati per poter meglio fruire dei servizi. A questi nuovi comportamenti degli attori sociali si deve aggiungere un altro aspetto che ha a che vedere con la libertà di scelta dell'utente che comporta, secondo Giddens (2007), un miglioramento dell'efficienza e un cospicuo contenimento dei costi.

Il distretto sociosanitario (DSS) costituisce un tassello fondamentale nell'architettura dei Sistemi sanitari regionali, indubbiamente ne caratterizza i relativi sistemi di welfare ed è il livello organizzativo (relativamente ai servizi sanitari e sociosanitari) di maggiore prossimità a garanzia del principio di cittadinanza (di un individuo titolare di diritti ma anche responsabile verso gli altri) e del principio di sussidiarietà (con la partecipazione anche delle diverse componenti della società: il mercato, l'associazionismo, il Terzo settore dei servizi più prossimi al cittadino).

Nei paragrafi che seguono saranno presentati i risultati, di una parte della ricerca, relativamente ai distretti (socosanitari) delle Regioni italiane Emilia Romagna, Lombardia, Puglia, Toscana e Veneto. L'analisi che è stata condotta tiene conto, in particolare, delle caratteristiche strutturali e organizzative, delle attività di programmazione e delle relative connessioni soprattutto con gli ambiti sociali (PDZ) e soggetti istituzionali e non coinvolti nel processo, del «governo» del Distretto in riferimento agli attori e risorse e, infine, della gestione operativa in riferimento alle attività distrettuali e strumenti utilizzati, in modo più o meno analogo nelle diverse realtà regionali.

## *2. Cornice normativa e funzionale del distretto*

Si tratta di un processo che prende avvio negli anni Novanta, prima con iniziative regionali per sperimentazioni locali<sup>1</sup> di servizi territoriali e poi a livello normativo con il PSN 1998-2000, che costituisce un primo input alla «svolta distrettuale», individuando il distretto quale «centro

1. Legge n. 833/78, art. 10: «Sulla base dei criteri stabiliti con legge regionale, i Comuni, singoli o associati, o le Comunità montane articolano le unità sanitarie locali in distretti sanitari di base, quali strutture tecnico-funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento».

di servizi e prestazioni, dove la domanda di salute è affrontata in modo unitario e globale». A livello di distretto, il medico di medicina generale (MMG) e il pediatra di libera scelta (PLS) sono riferimenti immediati e diretti per le persone e le famiglie.

Con il d.lgs. n. 229/1999, la cosiddetta «Riforma Ter» del sistema sanitario, si fa riferimento anche alle dimensioni territoriali, prevedendo che nei distretti sia garantita una popolazione di almeno sessantamila abitanti (salvo che la regione, in considerazione delle caratteristiche geomorfologiche del territorio o della bassa densità della popolazione residente, disponga diversamente) demandando:

- alla legge regionale la disciplina sull'articolazione in distretti dell'unità sanitaria locale;
- al direttore generale, nell'ambito dell'atto aziendale, la concreta individuazione dei distretti.

Circa le caratteristiche del Distretto, il d.lgs. n. 229/1999 prevede che:

- nel distretto sono assicurati i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio sanitarie ed il coordinamento delle attività distrettuali con quelle dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri;
- il distretto deve disporre di risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento;
- il distretto è dotato di autonomia economico-finanziaria e tecnico-gestionale ed economico-finanziaria con contabilità separata nell'ambito del bilancio della unità sanitaria locale.

Per ciò che attiene le funzioni del distretto, il d.lgs. n. 229/1999 prevede che le regioni disciplinino l'organizzazione del distretto in modo da garantire:

- l'assistenza primaria ivi compresa la continuità assistenziale attraverso il coordinamento e l'approccio multidisciplinare, tra i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, la guardia medica e i presidi specialistici ambulatoriali;
- il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture operative a gestione diretta, organizzate in base al modello dipartimentale, i servizi specialistici ambulatoriali e le strutture ospedaliere ed extraospedaliere accreditate;
- l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale connotate da specifica ed elevata integrazione e le prestazioni sociali di rilevanza sanitaria, in caso di delega da parte dei comuni.

Nel decreto legislativo è anche previsto che i distretti garantiscano:

- assistenza specialistica ambulatoriale;
- attività o servizi per la prevenzione e cura delle tossicodipendenze;

- attività o servizi consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia;
- attività o servizi per disabili ed anziani;
- attività o servizi di assistenza domiciliare integrata;
- attività o servizi per le patologie da HIV e per le patologie in fase terminale.

Il decreto prevede, infine, che trovano collocazione funzionale nel distretto le articolazioni organizzative del dipartimento di salute mentale e del dipartimento di prevenzione, con particolare riguardo ai servizi alla persona. In tal modo, pur riconoscendo al dipartimento di salute mentale la propria specifica e autonoma connotazione, vengono coordinate in ambito distrettuale tutte le attività qualificate prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria, caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria comprese nei livelli di assistenza e, quindi, finanziate a carico del servizio sanitario regionale (art. 3 *septies*).

Nell'ambito del distretto dovranno essere organizzate anche le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria i cui oneri sono a carico dei comuni:

- mediante gestione diretta da parte del distretto, nel caso di delega da parte dei comuni all'azienda USL (art. 3 *quinquies*, co. 1, lett. c);
- mediante forme di integrazione, la cui definizione è demandata alla regione, nel caso i comuni ne mantengano la gestione (art. 3 *septies*, co. 8).

Per assicurare la corrispondenza dei servizi e delle prestazioni erogate in ambito distrettuale ai bisogni di salute del territorio, il decreto legislativo prevede l'istituzione di un comitato in cui sono rappresentate le comunità locali e più precisamente: il Comitato dei sindaci dei comuni compresi nel distretto, nel caso di distretti pluricomunali, e il Comitato dei presidenti di circoscrizione nel caso di comuni coincidenti con il territorio della USL ovvero comprendenti più Unità sanitarie locali.

Il Comitato partecipa alla programmazione distrettuale esprimendo un proprio parere e concorre alla verifica del raggiungimento dei relativi risultati di salute.

A capo del distretto è preposto un direttore, nominato dal Direttore generale.

Il decreto legislativo, pur prevedendo una espressa riserva di legge per quanto riguarda la normativa da emanarsi da parte delle regioni in materia di programmazione territoriale, di attività dei distretti e di conferimento dell'incarico di direttore, prevede la possibilità per le aziende unità sanitarie locali di operare autonomamente, nel rispetto dei principi stabiliti dal decreto legislativo stesso, in assenza di disposizioni regionali.

---

**In base alla nuova normativa:**

- sono individuate in ambito aziendale tre macrostrutture di base: il distretto, il presidio ospedaliero e il dipartimento di prevenzione, dotate tutte e tre di autonomia tecnico-gestionale ed economico finanziaria, soggette a rendicontazione analitica con contabilità separata all'interno del bilancio aziendale. Nello specifico, il presidio ospedaliero e il dipartimento di prevenzione sono qualificati «Strutture complesse»; il distretto, il cui limite minimo nelle zone non urbane è portato a 60.000 abitanti, è definito «articolazione organizzativa e funzionale dell'azienda» cui continua ad essere affidata la gestione delle strutture e dei servizi ubicati nel territorio di competenza e destinati all'assistenza sanitaria di base e specialistica di primo livello nonché l'organizzazione e l'accesso dei cittadini ad altre strutture e presidi;
- le strutture operative complesse in cui si articola l'azienda sono i dipartimenti e le unità operative: i primi, di livello aziendale, distrettuale o di presidio ospedaliero sono dotati di autonomia tecnico professionale e di autonomia gestionale nei limiti degli obiettivi e delle risorse attribuiti e sono preposti alla produzione ed alla erogazione ed alla erogazione di prestazioni e servizi, nonché all'erogazione e gestione delle risorse assegnate;
- viene sottolineato che nell'atto aziendale venga esplicitata la distinzione tra le funzioni di committenza (quali servizi, per quali bisogni) e le funzioni di produzione (erogazione dei servizi);
- le funzioni di committenza sono esercitate dall'alta direzione aziendale e dai direttori di distretto, mentre la responsabilità della produzione riconducibile alle attività distrettuali viene esercitata dal direttore del Dipartimento delle cure primarie e per gli aspetti relativi all'integrazione e al coordinamento dal singolo direttore di distretto. Circa il coinvolgimento dei medici di medicina generale nelle attività distrettuali, sul piano normativo, sia nel d.lgs. n. 229/1999 sia nell'Accordo collettivo nazionale di lavoro 1998-2000, che ne recepisce le indicazioni, viene fortemente accentuata la loro integrazione nell'ambito delle attività delle aziende sanitarie e dei distretti in particolare, sottolineando la duplice funzione assegnata ai medici stessi: di produzione, quali diretti erogatori di prestazioni; di committenza, quali ordinatori e programmatori delle prestazioni rese da altri soggetti, in funzione dell'esigenza di operare un'azione di filtro della domanda e di realizzare l'integrazione e il coordinamento degli interventi in una visione di risposta globale ai bisogni di salute della persona. In tal senso:
- viene promosso e incentivato lo sviluppo dell'associazionismo

- medico in funzione della continuità assistenziale da realizzare attraverso il coordinamento operativo e l'integrazione professionale (art. 8, co. 1, lett. e, i ed l del decreto, e artt. 40 e 71 dell'accordo);
- è previsto l'inserimento dei medici di medicina generale sia nei programmi di attività del distretto sia nella partecipazione alla loro definizione e verifica (art. 8, co. 1, lett. f e g del decreto e, in particolare, art. 14 e capi IV e VI dell'accordo);
  - la sperimentazione di équipes territoriali, intese come organismi distrettuali, per lo svolgimento delle attività e l'erogazione delle prestazioni previste dal Programma delle attività distrettuali, per realizzare l'interdisciplinarietà e l'integrazione soprattutto nelle attività ad alta integrazione socio-sanitaria (art. 15 dell'accordo);
  - l'inserimento nell'ufficio di coordinamento del distretto di un medico di medicina generale quale membro di diritto (art. 3 *sexies*, co. 2, del decreto e art. 14, co. 4, dell'accordo);
  - l'applicazione anche ai medici di medicina generale del sistema di formazione continua basato sui crediti formativi (art. 16 *bis* del decreto e art. 8 dell'accordo) che privilegia i programmi formativi correlati al raggiungimento degli obiettivi aziendali.

Nella stessa fonte normativa troviamo il riferimento al dss inteso come territorio politico-amministrativo con caratteristiche socio-demografiche omogenee, e che costituisce la sede concreta per l'integrazione dei servizi sociosanitari, orientata e partecipata da tutti gli attori della comunità: asl, comuni, società civile.

Nell'arco temporale successivo<sup>2</sup> si ha la svolta territoriale distrettuale dei servizi sociosanitari integrati (processo tuttora in corso) attraverso l'evoluzione normativa: si assume la consapevolezza che l'aumento della morbilità e delle malattie croniche, in un contesto demografico caratterizzato dall'invecchiamento della popolazione, rende non più procrastinabile la scelta di potenziare l'assistenza territoriale.

All'interno di questa cornice occorre costruire l'architettura del distretto e dell'assistenza primaria a garanzia del sistema di welfare, perseguendo la sicurezza del cittadino, promuovendo un modello di sviluppo della tutela della salute sostenibile per la comunità locale, offrendo servizi-risposte che tengano conto del bisogno globale di salute.

A differenza dell'ospedale, inoltre, il distretto è chiamato a svolgere una forte azione di promozione della salute della comunità (paradigma di iniziativa), il cui focus è l'individuo e le sue relazioni con l'ambiente socio-culturale.

---

2. Da intendersi come periodo di svolta e impulso a nuovi modelli di organizzazione territoriale dei servizi sociosanitari ad oggi ancora in evoluzione e non affatto compiuti.

Infatti, dal 2001 (d.PCM 29/2001 di definizione dei LEA) anche il DSS viene individuato quale articolazione del SSR chiamato ad attuare e garantire «livelli di assistenza distrettuale» rispetto ad alcune attività da svolgere sul territorio. A seguire, prima con il PSN 2002-2004 e poi con l'Accordo Stato-Regioni del 2005, si rafforza l'importanza dell'assistenza territoriale rideterminando i parametri di riferimento per l'assegnazione delle risorse del SSN nel triennio 2002-2004, privilegiando un nuovo equilibrio ospedale-territorio (49,5 % Assistenza distrettuale; 45,5% Assistenza ospedaliera; 5% Prevenzione) e ponendo nuovi obiettivi di contenimento della spesa sanitaria alle regioni indicando la necessità di superare definitivamente la centralità ospedaliera e innovare il sistema di tutela della salute sul territorio partendo dal suo nucleo fondamentale, il medico di medicina generale.

A dare maggiore consistenza a questo disposto normativo in campo sanitario è la legge 328/2000 di riforma dei servizi sociali, sia rispetto al tema dell'integrazione sociosanitaria sia per la sua veduta illuminata sul versante dei temi della prevenzione e promozione della salute. L'art. 19, in particolare, ne prevede una stretta correlazione attraverso lo strumento del Piano di zona per la programmazione integrata dei servizi sociali e soprattutto sociosanitari con la partecipazione delle ASL. Di fatto i comuni hanno assunto lo strumento programmatico, d'intesa con le aziende unità sanitarie locali, per la programmazione delle così dette aree ad elevata integrazione. In particolare, tale approccio integrato deve avvenire coniugando tra loro i due strumenti programmatici locali: il Piano di zona dei servizi sociali, di cui all'art. 19 della legge n. 328/2000, e, come già visto, il Programma delle attività territoriali, di cui all'art. 3-*quater*, d.lgs. n. 229/1999.

I due strumenti hanno singoli titolari di competenze, rispettivamente i comuni per i servizi sociali e l'azienda ASL per i servizi sanitari, e devono essere concepiti come strumenti nelle mani di più interlocutori quando affrontano i servizi integrati.

Alle regioni resta il compito di definire, con propri atti formali, le modalità con le quali l'incontro di responsabilità potrà essere facilitato, prima di tutto facendo in modo che i due strumenti vengano approvati contestualmente.

Lo strumento scelto dal legislatore per approvare il piano è l'Accordo di programma, ai sensi dell'art. 27 della legge n. 142/1990 e successive modificazioni.

La legge n. 328/2000 tiene conto di una nuova dimensione valoriale e culturale (GORI 2004) e persegue il tentativo di pervenire alla costruzione di un «sistema integrato» dei servizi e degli interventi per porre al centro della propria proposta la persona e la qualità della vita. Obiet-



tivo è quello di mettere a sistema interventi di servizi preventivi (GORI 2004) che si facciano anche carico di sollevare il soggetto dal peso di tutte quelle condizioni di vita che ne minino il sereno svolgimento, oltretutto agire a sostegno del soggetto bisognoso, sulla base delle sue reali indigenze. Tuttavia, de-medicalizzare l'assistenza e la cura non è provvedimento che può essere preso solo per legge. Per poter giungere ad un tale risultato, vale a dire tornare ad una visione integrata delle due dimensioni del servizio e dell'intervento, significa innanzitutto compiere anche una rivoluzione culturale, vale a dire portare nuovamente in primo piano la persona piuttosto che il paziente, promuovere quindi una visione globale dell'essere umano che, prima ancora di essere corpo da curare, è soggetto da valorizzare e porre nelle condizioni di poter condurre in pienezza la propria esistenza prestando attenzione ai livelli di qualità della sua stessa vita. Significa quindi, in ultima istanza, pervenire ad una visione di salute intesa come benessere globale della persona e rispetto a cui l'assenza di malattia o la guarigione da essa continua certo a rimanere un aspetto fondamentale ma non l'unico.

A completamento delle legge n. 328/2000 interviene il d.PCM del 14.2.2001 (Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie) che stabilisce una classificazione delle prestazioni nell'area socio-sanitaria, rivolta a destinatari con bisogni di salute e da prendere in carico con progetti personalizzati sulla base di valutazioni multidimensionali: prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, prestazioni socio-sanitarie a elevata integrazione socio-sanitaria. I soggetti dei Piani di zona sono i comuni associati negli ambiti territoriali individuati dalle regioni.

Dopo aver cercato di delineare la cornice del tema trattato con riferimento alle più importanti fonti normative nazionali, occorre subito evidenziare che dall'analisi documentale-normativa compiuta e dall'indagine fenomenica specifiche delle cinque regioni emergono aspetti organizzativi del DSS sia di omogeneità sia di differenziazione.

Non bisogna dimenticare, infatti, che a partire dalla citata riforma costituzionale le regioni italiane hanno potuto (GORI 2004) decidere e legiferare autonomamente sui propri diversi modelli di attuazione dei servizi socio-sanitari in particolare, e dei sistemi di welfare più in generale. Di conseguenza, la definizione e le scelte sul distretto e sull'assistenza primaria spettano alle regioni che possono individuare specifici modelli organizzativi dei servizi sanitari e socio-sanitari, all'uopo rispettando le prescrizioni nazionali e garantendo ai cittadini le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie rientranti nei Livelli essenziali di assistenza (LEA).

Il distretto è al centro dei SSR delle cinque regioni<sup>3</sup> considerate (lo è anche per molte altre regioni italiane) e assume, come si vedrà più avanti, alcune caratteristiche fondanti comuni e una identità sempre più forte.

### *3. Caratteristiche strutturali del distretto*

Il distretto è stato il cuore del progetto dell'indagine empirica che ha mirato, tra gli altri aspetti, alla ricostruzione delle modalità organizzative e dei processi di governance del livello territoriale distrettuale. Infatti, dal punto di vista dell'analisi del modello di governance prevalente nei sistemi sociosanitari regionali, il ruolo delle strutture territoriali (FOGLIETTA, TONIOLO 2012) risulta particolarmente rilevante, in quanto è a questo livello che si realizza concretamente la complessa rete delle cure ai cittadini.

Un primo confronto attiene l'inquadramento generale dei distretti nella disciplina regionale e nel suo recepimento sui territori.

Tutte le regioni considerate presentano un dato costante, e cioè la variabilità della popolazione tra distretti della stessa regione. Sebbene tutte le regioni siano interessate dal tentativo di realizzare un maggiore accorpamento territoriale e demografico dei distretti con soglie minime da 70.000 a 100.000 abitanti, ad oggi si registra in molti distretti una popolazione inferiore ai 50.000 abitanti e solo per l'Emilia Romagna vi è una popolazione media per distretto superiore ai 110.000 abitanti, con solo due distretti sotto il dato medio (distretto Ovest AUSL di Ferrara e Rubicone dell'AUSL di Cesena) con circa 80.000 abitanti; il distretto più grande è quello relativo all'AUSL di Forlì con quasi 190.000 abitanti.

Per le altre quattro regioni, invece, troviamo molta eterogeneità. Ad esempio, in Lombardia (media della popolazione regionale di circa 116.000 abitanti per 86 distretti) troviamo distretti con popolazione di circa 200.000 abitanti (distretto 1 dell'ASL di Brescia) e di circa 53.000 abitanti (ASL di Lecco), oltre alle eccezioni normativamente previste per le zone montane di circa 15.000 abitanti. Nel Veneto si registra la forbice più ampia, con distretti che hanno una popolazione che passa da circa 20.000 abitanti (AULSS 1 Belluno, distretto n. 2 di Agordo) a circa 292.000 abitanti (distretto unico AULSS n. 22 Bussolengo). L'eterogeneità che interessa anche le altre regioni sono riassunte nella tabella n. 1.

3. Con alcune precisazioni che saranno sviluppate più avanti e che riguardano la Lombardia.

Tab. 1 - I distretti in alcune regioni italiane

| Regioni   | Pop.ne regionale | N. distretti | Pop.ne media per D. | Pop.ne minima | Pop.ne massima |
|-----------|------------------|--------------|---------------------|---------------|----------------|
| Emilia R. | 4.459.246        | 38           | 117.000             | 81.000        | 189.000        |
| Lombardia | 10.006.710       | 86           | 116.000             | 53.000        | 200.000        |
| Puglia    | 4.091.259        | 49           | 83.000              | 42.000        | 141.000        |
| Toscana   | 5.745.248        | 34           | 168.000             | < 50.000      | > 100.000      |
| Veneto    | 4.960.336        | 51           | 97.000              | 20.357        | 292.000        |
| Totale    | 29.262.799       | 258          | 113.421             |               |                |

Note: per la popolazione, fonte dati ISTAT 2011, 2012

Emerge, evidentemente, un quadro molto disomogeneo con riferimento ad una realtà interregionale molto significativa, considerato che le cinque regioni costituiscono circa la metà dell'intera popolazione italiana. Come già detto è in atto il tentativo, soprattutto delle regioni Emilia Romagna, Puglia e Veneto, di elevare le soglie minime della popolazione distrettuale. Gli aspetti che rendono questo progetto di difficile attuazione sono principalmente due: il primo riguarda le caratteristiche orografiche e demografiche dei territori distrettuali (comuni isolati, zone montane, comuni piccoli centri ecc.); il secondo attiene alle difficoltà relative al processo di distrettualizzazione che, soprattutto nelle regioni Lombardia e Toscana, seppure per motivi diversi, procede con molte incertezze. Si ricorda che nella Regione Toscana vi è la sperimentazione delle Società della salute (SDS) all'interno delle zone-distretto. Anche se le SDS sembrano avviarsi verso una fase di stabilizzazione e hanno messo in campo livelli di alta integrazione dei servizi sociosanitari, la loro forma giuridica di consorzio è messa in dubbio dalla Legge Finanziaria del 2009, che ha previsto (art. 2, co. 186) la soppressione dei consorzi di funzioni tra enti locali. Questa disposizione minerebbe lo status giuridico delle SDS, che assumono esattamente la forma di consorzi pubblici di funzioni e sta generando una forte preoccupazione per il futuro degli stessi consorzi-SDS. Lo sviluppo e il ruolo dei distretti in Lombardia, come emerge soprattutto dall'indagine fenomenica, risulta essere ancora debole. Infatti, presso i distretti sono in genere attivati alcuni servizi di tipo amministrativo (visite per pazienti di guida, porto d'armi, scelta e revoca del medico di base o del pediatra di libera scelta ecc.) e sono erogate prestazioni sanitarie che rivestono il carattere di residualità, come le vaccinazioni e la protesica. Ciò deriva dalla scelta organizzativa dipartimentale, di livello aziendale, che la Lombardia ha inteso attuare per l'integrazione.

Individuare il corpus normativo relativo ai distretti delle cinque regioni considerate (Emilia Romagna, Lombardia, Puglia, Toscana e Veneto) pone da un lato una difficoltà oggettiva e, da un altro lato, offre uno spunto di riflessione immediato e non banale.

Infatti, per ricostruire la disciplina dei distretti (che assumono denominazioni diverse tra regioni come rappresentato nella Tab. 2) e relativi modelli organizzativi e di governance occorre fare riferimento ad una moltitudine di provvedimenti legislativi regionali spalmati su un arco temporale di almeno 10-15 anni; il compito è relativamente più agevole se si guarda al Veneto e alla Puglia, unica regione quest'ultima ad aver approvato un Regolamento (n. 6/2011) regionale di organizzazione del distretto (sociosanitario).

Tab. 2 - Denominazione dei distretti in alcune regioni italiane

| Regione        | Denominazione Distretto          |
|----------------|----------------------------------|
| Emilia Romagna | Distretto                        |
| Lombardia      | Distretto                        |
| Puglia         | Distretto Socio Sanitario        |
| Toscana        | Zona Distretto/Casa della Salute |
| Veneto         | Distretto Socio Sanitario        |

Fonte: elaborazione propria su dati normativi

Il distretto trova una specifica definizione in ciascuna delle regioni. Volendo tracciare punti comuni nelle definizioni e nelle finalità che le cinque regioni danno al distretto, lo si può intendere come articolazione territoriale dell'ASL/AUSL/AULSS (Lombardia e Puglia/Emilia Romagna e Toscana/Veneto) cui è affidato il compito di assicurare alla popolazione residente la disponibilità, secondo criteri di equità, accessibilità ed appropriatezza, i servizi di tipo sanitario e sociale ad alta integrazione sanitaria. Il distretto svolge, altresì, un ruolo cruciale nella rilevazione dei bisogni di salute della popolazione, nella pianificazione e valutazione dell'offerta di servizi, nell'integrazione tra le diverse istanze dei vari portatori di interesse (sanitari e sociali), nella realizzazione delle attività di promozione della salute, di prevenzione delle malattie e delle disabilità, nello sviluppo della cultura e delle pratiche dell'integrazione tra attività territoriali ed ospedaliere e tra i servizi sanitari e quelli sociali.

Troviamo, come detto, a livello regionale delle specificità nelle previsioni normative circa i distretti e principali funzioni che sono rappresentate, per una lettura semplificata, nella Tabella 3.

La vocazione dei distretti è coerente con le indicazioni normative

nazionali e le funzioni ad essi assegnati possono essere considerate abbastanza omogenee.

Possono essere così riassunte: a) indirizzo e programmazione strategica delle attività del livello essenziale di assistenza territoriale previsti dai rispettivi Piani regionali (sanitari e/o sociali) integrati con gli interventi e servizi sociali dei comuni; b) programmazione operativa e attuativa annuale delle attività programmate, inclusi la regolazione e il governo della domanda mediante accordi con le aziende sanitarie in riferimento ai presidi ospedalieri e con i medici prescrittori che afferiscono alla rete delle cure primarie; c) assicurazione dell'accesso ottimale all'assistenza sanitaria primaria ed ai servizi socio-sanitari secondo principi di omogeneità ed equità, nonché il coordinamento delle proprie attività fra di loro e con i servizi aziendali a valenza sovra-distrettuale; d) organizzazione e gestione delle attività socio-sanitarie ad alta integrazione sanitaria e delle altre prestazioni sanitarie a rilevanza sociale; e) promozione e sviluppo della collaborazione con i comuni, nonché con la popolazione e con le sue forme associative, secondo il principio di sussidiarietà, per la rappresentazione delle necessità assistenziali e l'elaborazione dei relativi programmi di intervento; f) partecipazione dei cittadini (elemento enfatizzato nella regione Toscana); g) unicità del ruolo del distretto nel «governo della domanda di salute» e polo unificante di tutti i servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali territoriali. h) controllo, monitoraggio e valutazione in rapporto agli obiettivi programmati. In Veneto il Distretto coincide con l'ambito territoriale sociale e assume la denominazione di distretto socio-sanitario (DSS).<sup>4</sup>

Rispondere in modo unitario e globale ai bisogni di salute della popolazione attraverso la definizione e la realizzazione di percorsi integrati di promozione della salute costituisce il mandato fondamentale del distretto, che lo realizza, nell'ambito delle indicazioni della direzione aziendale e delle risorse assegnate.

---

4. d.GR n. 4172/2008, p. 1

Tab. 3 Principale fonte normativa, definizione e funzione dei distretti

| Regione        | Riferimento normativo   |
|----------------|---|
| Emilia Romagna | <p>Legge regionale n. 29/2004</p> <p>Art. 4 Distretti sanitari</p> <p>1. I distretti sanitari, individuati dall'atto Aziendale, costituiscono l'articolazione territoriale delle AUSL allo scopo di: a) promuovere e sviluppare la collaborazione con i Comuni, nonché con la popolazione e con le sue forme associative, secondo il principio di sussidiarietà, per la rappresentazione delle necessità assistenziali e l'elaborazione dei relativi programmi di intervento; b) assicurare l'accesso ottimale all'assistenza sanitaria primaria ed ai servizi sociosanitari (d.lgs. n. 502/1992 ss. mm.), nonché il coordinamento delle proprie attività fra di loro e con i servizi Aziendali sovradistrettuali; c) favorire la partecipazione dei cittadini.</p> <p>2. Nell'ambito delle risorse assegnate, i distretti sono dotati di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio Aziendale. I distretti attuano, con riferimento a ciascun ambito territoriale, le strategie Aziendali sulla base dei Programmi delle attività territoriali (art. 3-<i>quater</i> d.lgs. n. 502/1992 ss.mm.) che comprendono in particolare:</p> <p>a) i servizi e le prestazioni di assistenza primaria assicurati a livello di Distretto; b) le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, caratterizzate da specifica ed elevata necessità d'integrazione, nonché, se delegate dai Comuni, le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria.</p> <p>Piano socio sanitario 2008-2010</p> <p>3.1 Sviluppo del Distretto</p> <p>Il Distretto concorre alla realizzazione del sistema sociale e sanitario integrato e, in ambito sanitario, è sede dell'integrazione interdipartimentale, con particolare riferimento ai Dipartimenti delle cure Primarie.</p> <p>I Dipartimenti costituiscono le forme organizzative che forniscono servizi ai Distretti ed il Nucleo di cure primarie. Gli obiettivi di equità nella allocazione infraziendale delle risorse e la contabilità separata prevista per i distretti dall'art. 4 della Legge regionale n. 29/2004 evidenziano il ruolo centrale del Distretto anche rispetto agli aspetti economico-finanziari.</p> |

---

|           |  |
|-----------|--|
| Lombardia | <p>Legge regionale n. 33/2009<br/>Art. 14<br/>(Distretto)</p> <p>1. Le attività sanitarie territoriali e sociosanitarie di competenza delle ASL sono organizzate a livello distrettuale o interdistrettuale, in funzione della complessità dei servizi da erogare.</p> <p>2. Il Distretto è l'articolazione organizzativa su base territoriale il cui scopo è assicurare il coordinamento degli operatori e delle relative funzioni, la gestione dell'assistenza sanitaria, dell'educazione sanitaria, dell'informazione e prevenzione e delle attività sociosanitarie e sociali di competenza delle ASL. Il Distretto assicura l'analisi e l'orientamento della domanda sanitaria e sociosanitaria, al fine di verificare la qualità dei servizi erogati e di garantire il diritto di accesso all'insieme dei servizi offerti e la continuità assistenziale nei diversi luoghi di trattamento.</p> <p>4. Il Distretto ha autonomia economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio Aziendale, nonché autonomia gestionale per lo svolgimento delle proprie funzioni e per il conseguimento degli obiettivi Aziendali, compreso il coordinamento delle attività.</p>  |
| Puglia    | <p>Legge regionale n. 25/2006<br/>Art. 14<br/>Il Distretto e le cure primarie</p> <p>Il Distretto è articolazione organizzativo-funzionale dell'AUSL ed è sede di erogazione di tutta l'attività sanitaria e socio-sanitaria delle strutture territoriali, con l'obiettivo di garantire la presa in carico globale dell'utente per una risposta strutturata e complessiva ai bisogni di salute. Regolamento regionale n. 6/2011 di organizzazione del «Distretto Socio Sanitario»</p> <p>Il Distretto è una Macrostruttura dell'Azienda, della quale costituisce articolazione territoriale, operativa, organizzativa e centro di coordinamento, responsabilità e costo.</p> <p>Art. 2.<br/>Il modello di riferimento:</p> <p>1. Il Distretto è la Macrostruttura che garantisce il coordinamento e l'integrazione di tutte le attività sanitarie e sociosanitarie a livello territoriale.</p> <p>2. Il Distretto svolge la propria attività nell'ambito degli indirizzi impartiti dalla direzione strategica della ASL, coerentemente con la programmazione regionale, per garantire il soddisfacimento dei bisogni sanitari e sociosanitari individuati dal Programma delle Attività Territoriali (PAT).</p> <p>3. Il Distretto ricerca, promuove e realizza opportune sinergie tra tutti i sistemi di offerta territoriale (Dipartimenti e Strutture Sovradistrettuali) e funge da strumento di coordinamento per il sistema delle cure primarie (MMG, PLS e Continuità assistenziale).</p> <p>4. Il Distretto è il centro di riferimento per il governo clinico e istituzionale del territorio di competenza. Tutela e presidia lo stato di salute della popolazione di ambito, attraverso l'organizzazione e la gestione delle cure primarie e intermedie, ove si realizza la sintesi tra la funzione di produzione, esercitata prevalentemente dalla Struttura Cure Primarie e Intermedie, e la funzione di committenza specificamente attribuita alla Struttura Direzione di Distretto.</p> |

---

---

|         |  |
|---------|--|
| Toscana | <p>Allegato A deliberazione Consiglio regionale n. 60/2002. PSR 2002-2004</p> <p>2.2.1. Il nuovo assetto delle zone: l'unificazione funzionale tra zona e Distretto. Per il profilo istituzionale, nel Piano sanitario regionale si intende la dizione «Distretto» come equivalente alla unificazione funzionale fra zona e Distretto, indicata col termine «Zona-Distretto».</p> <p>Si procede a configurare un solo livello locale di governo, coincidente con l'attuale assetto delle zone, comprendente sia le funzioni attuali della zona che quelle del Distretto. La Zona-Distretto rappresenta la struttura di base del sistema sanitario regionale e dell'organizzazione Aziendale.</p> <p>2.2.7. Le Società della Salute</p> <p>La Toscana ... e a questo fine in alcune realtà le funzioni della Zona-Distretto vengono affidate in forma di sperimentazione gestionale ed organismi denominati Società della Salute.</p> <p>Queste (SDS), rappresentano una nuova soluzione organizzativa dell'assistenza territoriale caratterizzata da cinque aspetti qualificanti:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• coinvolgimento delle comunità locali, garanzia di qualità e di appropriatezza, controllo e certezza dei costi, universalismo ed equità, imprenditorialità non profit.</li></ul> <p>Legge regionale n. 60/2008 art. 61</p> <p>Società della salute: finalità e funzioni</p> <p>1. I comuni, compresi negli ambiti territoriali della medesima Zona-Distretto, e le AUSL costituiscono appositi organismi consortili denominati società della salute, al fine di:</p> <p>a) consentire la piena integrazione delle attività sanitarie e socio-sanitarie con le attività assistenziali di competenza degli enti locali; b) assicurare il governo dei servizi territoriali e le soluzioni organizzative adeguate per assicurare la presa in carico integrata del bisogno sanitario e sociale; c) rendere la programmazione delle attività territoriali coerente con i bisogni di salute della popolazione.</p> <p>3. La SDS esercita funzioni di:</p> <p>a) indirizzo e programmazione strategica; b) programmazione operativa e attuativa annuale delle attività di cui alla lettera a); c) organizzazione e gestione delle attività sociosanitarie ad alta integrazione sanitaria e delle altre prestazioni sanitarie a rilevanza sociale.</p> |
|---------|--|

---



---

|        |   |
|--------|---|
| Veneto | <p>d.GR n. 3242/2001<br/> Finalità e obiettivi generali<br/> e d.l. n. 15/ 2011<br/> Programma settoriale relativo all'assistenza territoriale allegato PSSR 2012-2014<br/> Il DSS è l'articolazione organizzativo-funzionale dell'Azienda ULSS che meglio consente di governare i processi assistenziali alla persona, assicurando anche una integrazione fra istituzioni, gestendo unitariamente diverse fonti di risorse derivanti dal Servizio sanitario nazionale (SSN) e dal SSSR, dai Comuni, dalla solidarietà sociale.<br/> La conferma e il consolidamento, in tutto il contesto veneto, del modello di Distretto socio-sanitario «forte» vengono a rappresentare scelte strategiche della programmazione regionale, scelte su cui si impernia la complessiva ridefinizione organizzativa del SSSR.<br/> Il modello a cui ci si riferisce interpreta il Distretto come il luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi socio-sanitari e sanitari territoriali, nelle piene funzioni di committenza-governo e di produzione-erogazione.<br/> Più nel dettaglio il Distretto socio-sanitario:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- è il centro di riferimento per l'accesso a tutti i servizi dell'Azienda ULSS, polo unificante di tutti i servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali territoriali, sede di gestione e coordinamento operativo ed organizzativo dei servizi territoriali;</li> <li>- realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria a livello istituzionale, gestionale ed operativo;</li> <li>- governo dei consumi di prestazioni indirette (farmaceutiche, specialistiche ambulatoriali ed ospedaliere, protesica) attraverso l'attività di orientamento del cittadino e, soprattutto, la piena integrazione nell'organizzazione distrettuale della Medicina Convenzionata.</li> </ul> |
|--------|---|

---

Rispetto a quanto detto, occorre precisare che in Veneto il distretto svolge un ruolo strumentale dell'AULSS, ma non ha soggettività propria; in Lombardia troviamo delle peculiarità specifiche dovute sia alla scelta di individuare il livello aziendale o dipartimentale per l'integrazione sociosanitaria sia alla scelta riferibile al SSR di accentuare la distinzione tra la funzione di committenza e quella di produzione-erogazione, affidata prevalentemente a soggetti privati accreditati. Infatti, la regione non richiede specifiche funzioni al distretto, ma all'ASL che può decidere se farle svolgere al personale proprio o dell'ASL stessa.

Attraverso il distretto, dunque, le ASL garantiscono l'accesso all'insieme dei servizi offerti e la continuità assistenziale nei diversi luoghi di trattamento. Inoltre, nel PSSR 2002-2004<sup>5</sup> d.GR VII/462 del 2002 viene

---

5. Va qui precisato che il citato Piano Socio-sanitario regionale 2002-2004 è da considerarsi un documento di programmazione più completo rispetto agli altri successivi Piani. Infatti, tra le altre cose, è in esso che trovano una loro definizione più precisa i distretti.

chiarito che il distretto deve svolgere le funzioni di «analisi della domanda, committenza, e acquisto delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali adeguate presso i soggetti erogatori presenti sul territorio».

La Toscana presenta un modello organizzativo altrettanto peculiare. Infatti, la regione è articolata in 34 zone-distretto e risultano attivate ad oggi 25 Società della salute, ambiti territoriali in cui si uniscono gli interventi sociali e sanitari. In questi anni, la regione ha promosso l'istituzione delle Società della salute, consorzi pubblici di funzioni costituiti volontariamente tra azienda sanitaria e comuni (partecipazione al consorzio suddivisa tra 33% dell'azienda sanitaria e la parte restante dei comuni, in percentuale proporzionale alla popolazione). L'ambito territoriale delle Società della salute coincide con la zona-distretto. È a tale livello di governo che si attua l'integrazione delle attività sociali e sanitarie svolte dalle aziende sanitarie e dai comuni.

Rispetto alla dimensione organizzativa, dunque, la specificità della regione è rappresentata dall'adozione del modello delle Società della salute, per mezzo delle quali la programmazione e la gestione della salute del territorio converge in un unico soggetto partecipato.

La funzione di committenza e produzione costituisce una variabile significativa in ordine alla capacità e autonomia del distretto, anche in termini di governance multilivello, nelle attività di programmazione e organizzazione dei servizi territoriali.

Il ruolo di committenza (quali servizi per quali bisogni) si traduce nella programmazione e definizione dell'offerta in relazione al bisogno e in un controllo dell'attività. Il ruolo di produzione e di erogazione dei servizi si esplicita nella gestione diretta di servizi ed interventi, per mezzo di operatori ed unità operative proprie, oppure attraverso rapporti convenzionali con operatori o organizzazioni esterne. In questo senso, i distretti di Emilia Romagna Puglia e Veneto costituiscono la sede non solo della produzione diretta di prestazioni attraverso i suoi servizi, ma anche della committenza, ovvero sia di quella funzione programmatica che definisce sia il fabbisogno complessivo delle prestazioni di cui i cittadini residenti devono usufruire, sia le modalità della loro acquisizione al di fuori del distretto stesso. Funzioni che competono a:

- Direttore di distretto in Veneto;
- in Puglia la funzione di produzione è svolta dal responsabile di Struttura complessa cure Primarie e intermedie e quella di committenza dal responsabile della Struttura complessa direzione di distretto, strutture complesse interne al distretto stesso;
- in Lombardia la funzione di committenza è attribuita al Direttore di distretto, mentre quella di produzione al direttore di Dipartimento di cure primarie che ha il mandato specifico di organizza-

- re e gestire il processo di produzione ed erogazione dei servizi dell'assistenza primaria, al fine di garantire al cittadino una risposta esauriente ai propri bisogni di salute in un determinato territorio. Infatti, per la Lombardia viene chiarito (PSSR 2002-2004 d.GR VII/462 del 2002) che il distretto deve svolgere le sole funzioni di analisi della domanda, committenza, e acquisto delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali adeguate presso i soggetti erogatori presenti sul territorio;
- in Toscana la funzione di produzione e gestione diretta dei servizi sociali e socio-sanitari ad alta integrazione è attribuita alle Società della salute solo se vi è stata delega da parte dei comuni facenti parte del consorzio, per cui vi sono Società della salute che la svolgono ed altre no.

Come anticipato, le funzioni di produzione e committenza costituiscono elemento cruciale per la definizione del grado di autonomia del distretto e la possibilità di gestire i rapporti con soggetti terzi (per esempio privati accreditati) e la definizione del sistema di offerta. Sul piano fenomenico è da osservare che, relativamente soprattutto alla funzione di produzione ed erogazione dei servizi, è il livello aziendale o sovra distrettuale ad assumere la titolarità sostanziale dei rapporti giuridici ed economici, mentre al distretto rimane il compito di segnalare l'eventuale necessità di acquistare questi servizi da soggetti terzi. A questo proposito, durante una delle interviste con il Direttore del distretto n. 1 (cioè colui al quale la normativa regionale affida tali funzioni) dell'AULSS 16 è emerso con chiarezza, analogamente a quanto rilevato anche nelle altre regioni considerate, che chi stabilisce il sistema di offerta da attivare sul territorio «È la direzione strategica con il coordinamento dei distretti» e il Direttore di distretto di fatto non interviene in modo incisivo nella committenza dei servizi.

Lo stesso scenario è confermato anche dal Direttore sanitario dell'AULSS 4, che sottolinea come al Direttore di distretto compete un ruolo «Propositivo e poi esecutivo delle decisioni prese».

#### *4. La programmazione distrettuale*

È, sostanzialmente, il rapporto che si instaura tra le istituzioni che hanno competenze in materia sanitaria e sociale e individua il distretto come luogo elettivo per la sua realizzazione. La dotazione di strumenti giuridici a disposizione è ampia: deleghe, convenzioni, accordi di programma ecc.

Le azioni da realizzare a questo livello sono: la definizione degli obiettivi di salute e l'individuazione, da parte dei soggetti interessati, dei risultati

di salute attesi e delle azioni atte a conseguirli; la definizione delle risorse, criteri di ripartizione della compartecipazione finanziaria e di attribuzione delle competenze e responsabilità; la valutazione dei risultati attraverso un'attività di monitoraggio dei risultati di salute conseguiti e dell'efficienza e qualità percepita dai destinatari dei percorsi assistenziali.

La programmazione inerente l'attività dei servizi sociosanitari a livello distrettuale trova una sua cornice di riferimento generale (nazionale) nella normativa contenuta principalmente nel d.lgs. n. 502/1992 e nella Legge n. 328/2000.

Nel d.lgs. n. 502/1992, come modificato e integrato dal d.lgs. n. 229/1999 in materia di programmazione regionale e locale sono previsti:

- la partecipazione alla programmazione regionale delle autonomie locali nell'ambito della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e sociosanitaria regionale attraverso i sindaci, i presidenti delle Conferenze dei sindaci ovvero i presidenti di circoscrizione a seconda della configurazione territoriale dell'unità sanitaria locale (art. 2, co. 2 *bis* e 2 *ter*);
- la definizione da parte delle regioni delle modalità per l'integrazione dell'attività assistenziale delle aziende ospedaliere nella programmazione regionale e le forme di collaborazione con le unità sanitarie locali in rapporto alle esigenze assistenziali dell'ambito territoriale in cui operano anche in funzione dell'erogazione delle prestazioni socio sanitarie (art. 4, co. 1 *septies*);
- l'adozione da parte delle aziende unità sanitarie locali del Piano attuativo locale e la previsione del piano metropolitano per le aree metropolitane, da adottarsi con la partecipazione degli enti locali interessati, secondo le procedure e modalità indicate dalla legge regionale che deve anche regolare i rapporti tra programmazione locale e regionale (art. 2, co. 2 *quater* e 2 *quinquies*);
- l'adozione da parte del Direttore generale, per ciascun distretto, su proposta del Direttore di distretto e previo parere del comitato dei sindaci di distretto, del programma delle attività territoriali predisposto in relazione alle risorse assegnate e basato sulla intersettorialità degli interventi, nel quale (art. 3 *quater*, co. 3) è prevista la localizzazione dei servizi a gestione diretta, vengono determinate le risorse per l'integrazione socio sanitaria nonché le quote, rispettivamente, a carico della USL e dei comuni ed è indicata la localizzazione dei presidi per il territorio di competenza.

Con la legge n. 328/2000 si pone l'accento sui meccanismi e organismi incaricati, attraverso la programmazione, di realizzare l'integrazione istituzionale (d.lgs. n. 229/1999) e sono:

- la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e

- sociosanitaria che svolge funzioni di verifica del piano attuativo locale e di esame del Piano sanitario regionale;
- il Comitato di distretto, organo politico, con competenza sociale diretta e competenza sanitaria indiretta che svolge funzioni di proposta e di verifica della gestione a livello distrettuale ed è composto dai sindaci e/o dagli assessori dei comuni del distretto;
  - il Programma delle attività territoriali (PAT), che si caratterizza nella legge n. 328/2000 per la partecipazione, per la programmazione sociosanitaria, del Comitato dei sindaci e dei rappresentanti del Terzo settore. In esso si definiscono le attività del distretto, l'organizzazione dei servizi, le risorse per l'integrazione sociosanitaria, l'ubicazione dei presidi sul territorio;
  - i Piani (o programmi) delle attività territoriali, i Piani di zona e, in alcune realtà (CORPOSANTO ET AL. 2002), i Piani di salute sono invece i documenti da cui è possibile evincere quali interventi integrati di assistenza sociosanitaria saranno attuati.

I Piani di zona costituiscono, quindi, lo strumento operativo attraverso il quale i comuni attuano il Piano regionale negli ambiti territoriali determinati dal piano sociale, con il concorso di tutti i soggetti istituzionali e del Terzo settore, assicurando la gestione unitaria (BERTIN 2012b) del sistema locale dei servizi sociali a rete. Spetta ai comuni dell'ambito sociale elaborare i PDZ, mentre la definizione di tale ambito per gli interventi è stabilita, secondo le indicazioni della legge quadro, dalle regioni e tende tuttavia a coincidere con i distretti socio-sanitari. L'obiettivo è quello di semplificare gli aspetti procedurali di tipo amministrativo e agevolare l'integrazione.

Punto di partenza è la costruzione del profilo di salute della popolazione, che viene poi condiviso e discusso anche con le realtà della società civile.

I contenuti del Piano di zona sono individuati attraverso alcune attività di base e analisi di fattori di contesto e prevedono: l'analisi dello stato di salute e dei bisogni della popolazione del territorio; la definizione degli obiettivi e delle priorità strategiche di salute e benessere sociale da raggiungersi, con riferimento sia agli interventi consolidati che ad altre azioni di potenziamento ed innovazione promosse; l'individuazione, qualificazione e quantificazione delle risorse (istituzionali, organizzative umane e finanziarie) pubbliche, private, del Terzo settore, disponibili e attivabili relativa agli interventi previsti; gli strumenti di regolamentazione (PERINO 2005) dei rapporti organizzativi ed economico-finanziari fra i diversi soggetti, quali convenzioni obbligatorie, deleghe, accordi di programma, convenzioni facoltative ecc.

Si tratta sostanzialmente di un livello (BECCHI, TAVASANIS 2003) politico (ma anche economico) in cui, come accennato, le regioni con i

Piani sanitari e sociali regionali definiscono: i criteri di finanziamento, gli indirizzi programmatori e le priorità organizzative, demandano alle ASL e ai comuni la stesura di accordi di programma attraverso i quali è possibile dar luogo all'integrazione tra servizi sociali e sanitari, in linea con quanto stabilito dai Piani di zona; criteri di ripartizione della spesa per le prestazioni sociosanitarie tra aziende sanitarie e comuni.

Il distretto è il luogo di incontro tra le istituzioni che hanno competenze in materia sanitaria e sociale e promuovono, appunto, la collaborazione tra le diverse istituzioni (aziende sanitarie, amministrazioni comunali ecc.) che si organizzano al fine di conseguire e realizzare gli obiettivi di salute.

La logica di funzionamento di questi strumenti di programmazione va interpretata nella direzione (MAGGIAN 2001) di una collaborazione di più enti e livelli che agiscono in modo integrato (scrivendo insieme la programmazione stessa) per rendere più concreta la gestione e l'organizzazione dei servizi.

Nelle pagine che seguono sarà, quindi, presentato lo scenario attuale, normativo e fenomenico, relativo alla fase della programmazione a livello distrettuale nelle regioni più volte menzionate, ricordando come il ruolo degli enti locali nella programmazione dei servizi sanitari e sociosanitari è diventato più incisivo per effetto dell'affermazione dei principi di sussidiarietà e di partecipazione richiamati nelle prime pagine di questo contributo e, di conseguenza, le realtà regionali e relative discipline normative si presenteranno differenziate se non disordinate.

Dal confronto tra le regioni esaminate è possibile notare come il distretto venga non solo definito in modo diverso ma abbia anche una struttura organizzativa e attribuzione di funzioni non del tutto simili.

Variabili rilevanti e utili prese in considerazione attraverso l'indagine documentale normativa e fenomenica attengono principalmente il ruolo dei distretti nella programmazione e la governance interna ai distretti relativamente (paragrafo successivo) agli attori coinvolti e al governo delle risorse (budget).

Gli strumenti della programmazione nelle cinque Regioni (Tab. 4<sup>6</sup>) coinvolgono tre livelli istituzionali: la regione in veste di soggetto politico e pianificatore attraverso linee di indirizzo che in quasi tutte le regioni assumono la veste di Piani regionali; a livello aziendale attraverso Piani attuativi di durata triennale e Piani di zona che chiamano in causa i comuni di uno stesso distretto, tranne per il Veneto, in cui questo strumento è adottato a livello aziendale.

---

6. Tra parentesi la durata in anni.

Tab. 4 - Gli strumenti della programmazione distrettuale in alcune regioni italiane

| Livello e durata in anni                                     | Emilia Romagna   | Lombardia  | Puglia   | Toscana                                   | Veneto   |
|--|--|--|--|---|--|
| Aziendale  | Piano Attuativo Locale PAL (3)   | Piano strategico triennale (3)   | Piano Attuativo Locale PAL (3)                               | Piano Attuativo Locale PAL (3)            | Programma attuativo Locale PAL (3)                           |
| Distrettuale   | Piano di zona distrettuale per la salute e il benessere sociale (3)<br>Programma Attuativo Annuale del PDZ (1) | Piano di zona (PDZ) (3)  | Piano di zona PDZ (3)<br>Piano Attività territoriali PAT (1) | Integrato Salute PIS (3) (zona-Distretto) | Piano di zona PDZ (5)<br>Piano Attività territoriali PAT (1) |
| Fonte normativa programmazione integrazione a livello locale | PRS 2008-2010  | Legge regionale 3/2008<br>Linee indirizzo per la programmazione sociale a livello locale 2012-2014 | PRS 2008-2010<br>PRPS 2009-2011                              | l.r. 60/2008                              | d.GR 3242/2001<br>PSSR 2012-2015                             |

Fonte: elaborazione propria

Il distretto partecipa più attivamente attraverso lo strumento del Programma o Piano delle attività territoriali che si rinnova di anno in anno, salvo la Toscana con il PIS, Piano integrato di durata triennale. Si tratta di uno strumento di programmazione annuale (il PAT) sostanzialmente attuativo ed operativo dei contenuti del PAL aziendale (di durata triennale e previsto in tutte le regioni), con localizzazione di servizi, unità organizzative e interventi assicurati, risorse per l'integrazione socio-sanitaria. Il PAT, utilizzato in Emilia Romagna Puglia e Veneto, viene proposto dal Direttore di distretto tenuto conto delle indicazioni provenienti dalla Direzione aziendale e delle risorse a disposizione. Il Comitato dei sindaci di distretto è chiamato a formulare un parere nonché l'intesa per le attività socio-sanitarie, sulla proposta di PAT che il Direttore di distretto deve presentare alla Direzione aziendale. È infine il Direttore generale aziendale ad approvare il PAT e recepirlo nel Piano attuativo locale.

In Emilia Romagna il Piano sanitario regionale individua l'unificazione degli strumenti di programmazione a livello distrettuale, come obiettivo strategico, da perseguire attraverso un processo di semplificazione e

allineamento. In questo disegno programmatico, il Piano per la salute, contenuto nell'atto di indirizzo triennale della Conferenza territoriale sanitaria e sociale (CTSS), disegna il profilo di salute e della comunità distrettuale e pone i presupposti degli interventi prioritari per la salute ed il benessere dei cittadini. Si deve ricordare che una recente analisi svolta dalla Regione sull'evoluzione dei Piani di zona distrettuali ha evidenziato la difficoltà di integrare completamente i contenuti programmatici relativi al sociale e al sanitario, ammettendo che il passaggio sostanziale, e persino rivoluzionario, da una visione progettuale a compartimento stagno ad una progettualità integrata, rappresenta la sfida più difficile per tutti i distretti, e concludendo che tale sfida richiederà sempre maggior collaborazione tra vari soggetti, quali amministratori, operatori e strutture gestionali.<sup>7</sup> Il Piano di zona (PDZ) distrettuale per la salute e il benessere sociale (sostituisce il precedente Piano sociale di zona), di durata triennale, si colloca in forte raccordo con i contenuti dell'atto d'indirizzo triennale elaborato dalla CTSS, dal momento che: fa riferimento al profilo di comunità, comprendendo l'analisi dei bisogni della popolazione del territorio; individua coerentemente con il suddetto atto della Conferenza territoriale, le priorità strategiche di salute e benessere sociale; definisce la programmazione finanziaria triennale relativa agli interventi sociali, socio-sanitari e sanitari; specifica le integrazioni, e i relativi strumenti, con le politiche che concorrono a realizzare gli obiettivi di benessere sociale e salute individuati; verifica l'attuazione del programma di trasformazione delle IPAB in Aziende pubbliche di servizi alla persona (ASP) ed i risultati conseguiti rispetto a quelli attesi e il suo eventuale adeguamento. L'assetto normativo regionale ha fatto sì che la negoziazione sugli obiettivi da raggiungere, sulle risorse necessarie e sulle modalità di realizzazione costituisca la relazione principale tra le funzioni di governo aziendale e quelle di produzione, mentre il grado di partecipazione garantito ai professionisti che erogano i servizi per la definizione delle linee di sviluppo costituisce lo stile di governo. In questa cornice istituzionale, le diverse funzioni assegnate al distretto e ai dipartimenti rendono necessario delineare in forma generale le relazioni tra essi intercorrenti. Le funzioni del distretto non sono, peraltro, della stessa natura di quelle della Direzione generale.

Infatti, mentre quest'ultima stabilisce il quadro generale di compatibilità e le linee strategiche di direzione, la Direzione del distretto individua le soluzioni locali compatibili con il quadro generale, adeguando,

7. Ci si riferisce al documento «I Piani di zona distrettuali per la salute e il benessere sociale 2009-2011: una prima analisi dell'integrazione nei documenti e nei processi» elaborato dalla Regione Emilia-Romagna e pubblicato nel Febbraio 2010.



quindi, il quadro programmatico generale alla specifica situazione del distretto, sia in relazione ai bisogni di servizi sanitari e socio-sanitari, sia in relazione alle modificazioni auspiccate e realizzabili nell'erogazione dei servizi.

Occorre, inoltre, precisare quale sia la natura del rapporto fra distretto e Dipartimento delle cure primarie, uno dei grandi dipartimenti non ospedalieri. Si ricorda che la legge regionale n. 29/2004 stabilisce che le aziende USL sono articolate in distretti ed organizzate per dipartimenti, sottolineando la differenza fra i distretti come organo di decentramento del governo aziendale ed i dipartimenti come assetto organizzativo fondamentale per la organizzazione e la gestione della produzione dei servizi e delle prestazioni assistenziali.

In una cornice istituzionale così disegnata, i distretti sono coinvolti in diversi processi che si articolano secondo le seguenti fasi: partecipazione alla programmazione locale al fine di prefigurare le aree di bisogno e delineare i processi per la costruzione delle priorità di intervento (tutte attività che sono parte della missione propria del Direttore di distretto, il quale cura i rapporti con gli enti locali all'interno del Comitato di distretto); negoziazione degli obiettivi e delle risorse tra i Dipartimenti e la Direzione generale a cui contribuiscono anche i direttori di distretto, secondo il principio di collegialità dell'esercizio delle funzioni della Direzione generale prevista dagli indirizzi per il nuovo atto aziendale (d.GR n. 86/2006); gestione della produzione a cura dei Dipartimenti, a cui viene comunque garantita la necessaria autonomia nella modulazione interna delle risorse.

La soluzione organizzativa innovativa dell'assistenza territoriale, che sviluppa l'integrazione del sistema sanitario con quello sociale e socio assistenziale è invece più consolidata in Toscana. A livello di zona-distretto, lo strumento di programmazione è rappresentato, infatti, dal Piano integrato di salute (PIS), che costituisce l'unico Piano locale di programmazione, sostituendo il Piano sociale di zona. Con il PIS, infatti, si programmano le politiche sociali e socio-sanitarie e la loro connessione con i settori ambientali e territoriali, poiché influenti sulla salute della popolazione.

Il PIS viene approvato dalla conferenza zonale dei sindaci (nelle zone-distretto che non hanno costituito SDS) o dall'assemblea dei soci delle Società della salute (novità introdotta nell'art. 26, co. 5 della l.r. n. 60/2008) laddove si sono costituite le SDS. La fase di programmazione coinvolge anche la società civile, attraverso la consultazione nei comuni delle associazioni di volontariato e tutela, delle cooperative sociali e delle altre associazioni del Terzo settore (Consulta del Terzo settore e in alcune Società anche il Comitato di partecipazione).

Il PIS è successivamente recepito dalle aziende unità sanitarie locali all'interno del Piano attuativo locale (Art. 22, co. 2 della l.r. n. 40/2005), così come modificato dalla l.r. n. 60/2008: «Le conferenze Aziendali dei sindaci, previo parere dei consigli comunali, formulano indirizzi per le aziende unità sanitarie locali per l'elaborazione del piano attuativo locale; le società della salute, o le conferenze zonali dei sindaci, contribuiscono altresì alla formulazione del piano attuativo locale, per le attività sanitarie e socio-sanitarie, attraverso i PIS».

L'integrazione delle politiche e dei servizi sanitari e sociali in Puglia trova un ponte di comunicazione e collegamento attraverso il Servizio programmazione sociale e integrazione sociosanitaria (Assessorato regionale al welfare e servizi sociali) e la Commissione regionale per l'integrazione sociosanitaria (rappresentata da componenti degli assessorati regionali politiche della salute e welfare ed esterni). Con l'ufficio integrazione sociosanitaria, il servizio integra le proprie funzioni per quanto concerne l'ambito della non auto-sufficienza e le disabilità con l'obiettivo di Servizio a valere sulle risorse FAS per l'assistenza domiciliare integrata. La programmazione di distretto include anche i servizi sociosanitari, sia quelli di riferimento esclusivo del distretto che quelli dell'area dell'integrazione, definiti d'intesa con gli enti locali. I servizi dell'area integrazione sociosanitaria sono definiti in maniera coordinata, in entrambi gli strumenti di programmazione territoriale. Sulla materia dell'integrazione sociosanitaria i sindaci svolgono la propria funzione attraverso la partecipazione diretta (a volte delegata ad un assessore della Giunta) al Coordinamento istituzionale, organismo previsto dalla normativa regionale per le funzioni di indirizzo politico amministrativo in materia sociale e sociosanitaria, per quanto di competenza degli enti locali. Il Direttore di distretto partecipa spesso, su delega del Direttore generale, al Coordinamento istituzionale, sottoscrivere intese e protocolli, partecipa ai tavoli tecnici, per quanto attiene l'area dei servizi sociosanitari.

In Puglia e Lombardia il PDZ viene approvato con lo strumento dell'Accordo di programma e, per quest'ultima regione va ricordato che non sono previsti strumenti di programmazione specifica per i distretti (che da questo punto di vista dipendono dalla programmazione aziendale). La medesima normativa regionale stabilisce, infatti, che seppure l'ambito territoriale di riferimento per il Piano di zona è costituito, di norma, dal distretto sociosanitario delle ASL (l.r. n. 3/2008), specifica poi nelle «Linee di indirizzo per la programmazione sociale a livello locale 2012-2014» che, in condizioni favorevoli, può essere «strategico pensare ad una programmazione sociale territoriale rivolta a più distretti e quindi sottoscrivere Accordi di programma sovradistrettuali».

L'Accordo di programma, in genere e dove previsto (Tab. 4), viene sottoscritto dai Sindaci dei comuni dell'ambito distrettuale e dall'azienda sanitaria locale ed eventualmente anche dalla provincia: i soggetti del Terzo settore che desiderano partecipare alla programmazione territoriale devono dunque fare riferimento ad esso, come strumento regolatore tra i diversi attori.

In Emilia Romagna le relazioni tra distretto e comuni si sviluppano attraverso due organi fondamentali. Il primo è la Conferenza territoriale sanitaria e sociale (CTSS), che insiste su un livello provinciale, o comunque sovra-distrettuale; il secondo è il Comitato di distretto, che vede il coinvolgimento dei sindaci dei comuni facenti parte di un determinato distretto. Conferenza, Comitati e distretti interagiscono anche per quanto concerne la stipula della Convenzione, successiva all'approvazione dei Piani di zona, finalizzata a regolare e organizzare l'esercizio della funzione amministrativa, individuando un comune referente per l'ambito distrettuale (comune capofila) e garantendo un'efficace continuità tra le funzioni di governo e le relative funzioni amministrative e tecnico gestionali. In Lombardia il rapporto con i comuni riguarda l'operatività dei servizi e il compito specifico dell'Assemblea dei sindaci dell'ambito distrettuale è relativo ai temi dell'integrazione, nel senso di: «integrare le politiche e gli interventi in area sanitaria e sociale e di garantire uniformità nell'attuazione degli indirizzi regionali e nell'accesso ai servizi da parte dei cittadini» (Linee di indirizzo per la programmazione sociale a livello locale 2012-2014, p. 13). Nelle Linee guida per l'adozione del POFA (Piano di organizzazione e funzionamento Aziendale d.GR VIII/007289/2008) si legge, infatti, che è compito dei distretti gestire il raccordo con i comuni per l'integrazione tra servizi socio-sanitari e servizi sociali come strutturati nel Piano di zona.

In Veneto, il PAT viene proposto dal Direttore di distretto tenuto conto delle indicazioni provenienti dalla Direzione aziendale e delle risorse a disposizione. Il Comitato dei sindaci di distretto è chiamato a formulare un parere nonché l'intesa per le attività socio-sanitarie, sulla proposta di PAT che il Direttore di distretto deve presentare alla Direzione aziendale. È, infine, il Direttore generale dell'AULSS ad approvare il PAT e riceverlo nel Piano attuativo locale (d.GR n. 3242/2001, All. 1, p. 5). Il Programma delle attività territoriali viene elaborato in stretto raccordo con il budget di distretto, per essere recepito dal Direttore generale nel PAL. Si coordina con il Piano di zona relativamente agli interventi socio-sanitari.

L'analisi del materiale di intervista presso entrambe le realtà indagate mette in evidenza, relativamente al PAT, una situazione che si discosta con il quadro disegnato dalla normativa regionale. Infatti, nell'azienda ULSS 16 non è prevista la stesura del Programma per le attività territo-

riali (PAT) per i distretti, come emerso da un'intervista (Coordinatore di distretto AULSS 16) per cui «Non c'è un PAT distrettuale. Non l'abbiamo mai fatto». Una ragione è data dalla peculiare suddivisione territoriale (il comune capoluogo vede i suoi quartieri ripartiti in 3 diversi distretti, il che comporterebbe una partecipazione su tre diversi tavoli di negoziazione programmatica). La decisione aziendale è stata quindi in questo caso quella di favorire la programmazione unitaria a livello aziendale, mediante il Documento di direttive ed il Piano attuativo locale (PAL) a valenza triennale. Da questi discendono poi gli obiettivi di budget per le singole unità operative (semplici, complesse, a valenza dipartimentale). Al distretto resta quindi un ruolo di programmazione che si snoda limitatamente nel riferimento alle linee applicative della programmazione aziendale. Nell'AULSS 4 invece, è stato redatto il Piano di riorganizzazione socio-sanitaria 2009-2012, ed il Piano di comunità 2010-2015 per l'area sociale (PDZ). A questi si affiancano poi i diversi piani programmatori per le singole unità operative.

Circa la costruzione degli strumenti di programmazione strategica e la partecipazione delle rappresentanze della società civile le regioni Toscana e Veneto ne prevedono espressamente un ruolo attivo per costruirne in modo *bottom-up* la condivisione al fine di raccogliere evidenze, suggerimenti, e sentendo anche la voce degli enti locali (comuni) che dovranno poi approvare il contenuto in sede di Conferenza dei sindaci. Poco rilievo trova la partecipazione della medicina convenzionata alla costruzione degli strumenti di programmazione. Ruolo meno esplicito e, quindi, più blando, si ha nelle altre regioni.

Per esempio, in Lombardia, nel contesto della programmazione sanitaria e sociosanitaria regionale, la normativa preveda sì il coinvolgimento dei cittadini proprio a livello distrettuale (l.r. n. 33/2009, art. 11, co. 2) senza però ulteriori e specifiche indicazioni, mentre in Puglia (dove i sindaci sottoscrivono, insieme al Direttore generale della ASL, o suo delegato, l'Accordo di programma per l'integrazione sociosanitaria) i soggetti non istituzionali (Terzo settore, cittadinanza ecc.) se sono coinvolti sostanzialmente nel PDZ, più «confusa» è la loro titolarità e modalità di partecipazione alla programmazione delle attività sociosanitarie del DSS; allo stesso tempo i MMG e PLS hanno un ruolo marginale nella definizione degli obiettivi strategici relativi al PDZ e più significativo nel PAT (ovvero Scheda di budget) e indubbiamente un ruolo centrale nel nuovo regolamento regionale dei DSS. Elemento significativo è anche l'assenza nel Comitato di budget degli attori istituzionali in riferimento ai servizi sociosanitari (comuni ecc.) che comunque vengono definiti previa discussione con i soggetti istituzionali degli enti locali in sede di definizione dei PDZ. Sostanzialmente il raccordo tra la programmazione

sanitaria e sociale è più di tipo verticale che orizzontale. Ad esempio, concretamente se i comuni di un DSS non definiscono determinati obiettivi e/o non sono in grado di sostenere finanziariamente gli obiettivi per la parte sociale (come ad esempio nell'ADI), anche se gli obiettivi ADI vengono definiti nella Scheda di budget poi in realtà non vi è l'integrazione dei servizi venendo meno quelli socio assistenziali. Sul piano fenomenico, in questa regione, nei rapporti del distretto con gli altri soggetti esterni (per esempio Terzo settore, enti erogatori privati ecc.), la lettura è variegata e legata molto spesso ai rapporti tra Direzione del distretto-comune e capacità di entrambi di valorizzare ed interloquire con il Terzo settore che, a sua volta non sempre assume posizioni virtuose.

L'aspetto fenomenico riveniente dall'indagine effettuata nelle cinque regioni mette in luce una situazione variegata. La più attenta e rispettosa delle disposizioni normative e formali sembra essere l'Emilia Romagna, come risulta dall'indagine sul campo che ha consentito di riscontrare un sostanziale allineamento al dettato normativo dell'attività programmatica e strategica del distretto Sud-Est di Ferrara e in quello di Faenza.

Gli aspetti critici emersi riguardano soprattutto i limiti finanziari (condizionati, a cascata, dal governo regionale), un pieno ed efficace coinvolgimento del Terzo settore nella programmazione, l'incongruenza di alcune disposizioni normative, l'attesa per il nuovo piano sociale e sanitario e, infine, un più efficace coordinamento delle attività ospedale/territorio soprattutto in riferimento all'imputazione dei relativi costi (budget); i punti critici della Regione Veneto rilevati dai direttori di distretto intervistati riguardano la debolezza del distretto nella funzione di committenza, il deficit di autonomia su interventi di centralizzazione dell'AUSL, la funzione di produzione diretta residuale dovuta alla consistente presenza di soggetti terzi accreditati (tetti di budget) a livello regionale rispetto ai presidi ospedalieri dell'AULSS e del distretto.

In Toscana, se da un lato a livello normativo viene attribuita una sorta di priorità alla programmazione territoriale predisposta all'interno delle SDS, in quanto l'azienda è tenuta a recepire le indicazioni contenute nel Piano integrato di salute, d'altro canto la programmazione locale riguarda unicamente il settore dei servizi sociali e socio-sanitari ad alta integrazione, mentre la programmazione delle cure primarie di tipo strettamente sanitario resta in capo all'azienda. Alcuni nodi critici riguardano, come ribadito da alcuni direttori delle SDS intervistati, la titolarità esclusiva di alcune funzioni in capo all'ASL, come per esempio il rapporto con la medicina generale pur se la Società della salute svolge un ruolo non irrilevante di coordinamento ed interlocuzione con i MMG e PLS; alcuni problemi organizzativi a livello di rete territoriale; la programmazione e gestione dei servizi sanitari sono rimaste, di fatto, a

titolarità dell'azienda sanitaria. Tuttavia, quanto meno su non autosufficienza e disabilità, la programmazione locale riesce ad essere incisiva rispetto alle scelte dell'azienda sanitaria, che mantiene comune la titolarità delle strutture a gestione diretta o convenzionata.

In Puglia emerge, nella prassi, che in diversi DSS vi sono soltanto Piani parziali/settoriali (effetto Piano di rientro). Sostanzialmente, non vi è alcuna costruzione di programmazione. Il Piano di rientro rende difficile la programmazione; i Piani attuativi locali e distrettuali non ve ne sono, anche se a firmare e convalidare è il direttore del DSS.

Infatti, attualmente in Puglia i PAL per ogni ASL/provincia sono stati «congelati» dal Piano di rientro e, quindi, non è stato approvato alcuno degli strumenti di programmazione strategica sia a livello di ASL (PAL) sia a livello di DSS (PAT). Nelle bozze dei PAL vi è un Piano cure primarie supportato dalla UOCP, così come previsto dal PRS per tutti i DSS. Nel nuovo Regolamento distrettuale le cure primarie sono strutturate all'interno della SCCPI (Struttura complessa cure primarie e intermedie).

Il dato fenomenico rilevato, in generale, porta a considerare che non vi è una programmazione strutturata. Per esempio nell'ASL Brindisi i servizi distrettuali ADI sono esternalizzati ma con procedure pubbliche gestite dall'ASL. Altri punti critici riguardano soprattutto la mancanza di forme di analisi dei bisogni territoriali non essendovi attualmente modelli e strumenti di monitoraggio puntuale; procedure di correlazione e integrazione con i servizi ospedalieri e, naturalmente, la scarsità delle risorse finanziarie.

Si ricorda, infine, che in Lombardia il distretto assume un ruolo secondario nel sistema regionale come struttura puramente operativa dell'ASL e quindi non può assurgere a luogo di programmazione, tantomeno quella integrata.

Volendo riassumere per spot l'elemento di maggiore rilevanza si potrebbe dire che di fatto la programmazione e gestione integrata dei servizi sanitari e sociosanitari sono rimaste prevalentemente a titolarità dell'azienda sanitaria.

##### *5. Il governo del distretto: attori e risorse*

Il ruolo di Direttore di distretto assume una posizione cruciale nell'architettura strategica gestionale ed operativa. Egli è chiamato in primis a rappresentare il distretto nelle relazioni in sede locale tra l'azienda e gli enti locali, rendendo così concreto il decentramento dell'articolazione aziendale. Ad esso sono assegnati compiti di governo del proprio ambito territoriale, curando in particolare le relazioni con gli organismi

interdistrettuali, aziendali, categorie professionali mediche e delle professioni sanitari, ecc.

Egli inoltre, nel rappresentare il distretto, come già ricordato con le relative precisazioni e distinguo per le varie regioni, deve occuparsi non solo della produzione diretta di prestazioni attraverso i suoi servizi, ma anche della «committenza», ovvero sia di quella funzione programmatica che definisce sia il fabbisogno complessivo delle prestazioni di cui i cittadini residenti devono usufruire, sia le modalità della loro acquisizione al di fuori del distretto stesso. Pertanto, il distretto provvede ad acquistare tutti i servizi sanitari, socio-sanitari e sociali in riferimento alle esigenze presenti nel proprio territorio, in sintonia ed in accordo con la Direzione generale aziendale di pertinenza, pur in una cornice normativa in cui viene riconosciuta al distretto stesso una vasta autonomia operativa, che attribuisce più ampie responsabilità al Direttore di distretto nell'attuazione delle politiche aziendali a livello locale.

La Puglia, in modo innovativo rispetto alle altre regioni, nel 2011 si è dotata di uno specifico regolamento regionale<sup>8</sup> di organizzazione del distretto, con lo scopo di definire un sistema integrato di protezione sanitaria e socio sanitaria a rete. Il disegno di distretto che prende forma in Puglia è quello di una macrostruttura chiamata a garantire il coordinamento e l'integrazione di tutte le attività sanitarie e sociosanitarie a livello territoriale, capace di esprimere una funzione propulsiva nella ricerca, promozione e realizzazione di opportune sinergie tra tutti i sottosistemi di offerta territoriale (Dipartimenti e Strutture sovradistrettuali) e fungere da collegamento tra questi e le cure primarie (MMG, PLS e continuità assistenziale). In questa regione, il Direttore del distretto, chiamato a svolgere un ruolo fondamentale nella nuova architettura distrettuale è una figura dirigenziale manageriale, individuato a seguito di selezione interna all'azienda sanitaria locale tra MMG, PLS e altre figure professionali in possesso dei requisiti previsti dalla legge, e a cui è demandato il governo strategico del sistema distrettuale per cinque/sette anni (la durata è stabilita con provvedimento motivato del Direttore generale dell'ASL). Il Direttore del distretto rappresenta la Direzione strategica aziendale nei rapporti con i Sindaci, nonché con gli altri soggetti di cui all'art. 1 della Legge n. 328/2000 e all'art. 4 della legge regionale n. 19/2006; interagisce con i comuni, titolari della funzione sociale e socio-assistenziale per l'attuazione dei Piani sociali di zona. L'attività dei distretti viene definita attraverso i documenti che rientrano nella programmazione attuativa. Dal punto di vista formale, il venerdì

8. Regolamento regionale di organizzazione dei DSS, BURP n. 62/2011.

c'è la Conferenza dei direttori di distretto e poi la vita dei distretti si svolge sulla base della linea di programmazione fatta dall'azienda. Per il coordinamento delle attività dei DSS risulta istituito dall'ASL il CUT (Coordinamento unico territoriale), previsto dall'Atto aziendale, insieme al CUO (Coordinamento unico ospedaliero). Entrambi, però, ad oggi non sono stati attivati, se pur costituiti con attribuzione di incarico al Coordinatore (individuato tra i Direttori dei DSS), mentre non è stata definita la effettiva struttura/composizione.

Nelle altre regioni l'individuazione del Direttore di distretto avviene per lo più attraverso un atto di nomina della direzione generale.

In Toscana, il Direttore della SDS è responsabile della zona-distretto e fa parte della Direzione aziendale. Nominato dal Direttore generale, è coadiuvato da un Comitato di coordinamento composto da diverse figure professionali (MMG, specialista ambulatoriale, farmacista, rappresentante delle associazioni di volontariato, coordinatore per le attività di assistenza infermieristica, coordinatore per le attività di assistenza riabilitativa, responsabili delle unità funzionali, tutti designati con funzioni di rappresentanza), da un ufficio di direzione zonale (composto da i responsabili delle unità funzionali, coordinatore per le attività di assistenza infermieristica, coordinatore per le attività di assistenza riabilitativa, MMG).

Nelle zone-distretto nelle quali sono costituite le Società della salute, il Direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale delega al Direttore della Società della salute le funzioni di responsabile di zona, anche se, effettivamente, non tutte le aziende sanitarie hanno attribuito tale delega, accentrando su di sé la direzione strategica.

In Lombardia, il Direttore dipende dalla Direzione sanitaria sulla base delle attività che ogni ASL assegna, come previsto dalle citate Linee guida POFA del 2008. Circa la governance a livello distrettuale, la Direzione gestionale distrettuale (DGD)<sup>9</sup>, quale struttura complessa che si avvale di alcune UOI (Unità operative integrate, strutture semplici), gestisce le risorse, il budget, il rapporto con gli erogatori, con la direzione dell'ASL, con gli enti locali. Il Direttore di distretto dipende dal Direttore sanitario dell'ASL.

In Emilia Romagna, il Direttore di distretto svolge sostanzialmente un ruolo esecutivo delle decisioni prese dalla direzione strategica, in virtù del livello sovra distrettuale dipartimentale delle cure primarie che ha (direttore di dipartimento) il mandato specifico di organizzare e gestire il processo di produzione ed erogazione dei servizi dell'assistenza pri-

---

9. ASL di Brescia: i 12 Distretti sono accorpati in 6 DGD.



maria, al fine di garantire al cittadino una risposta esauriente ai propri bisogni di salute in un determinato territorio. Rilevante appare il ruolo del nuovo Ufficio di piano quale strumento tecnico di ambito distrettuale con i compiti di:

- a) programmazione in area sociale, socio-sanitaria e sanitaria;
- b) attività istruttoria e monitoraggio per la definizione di regolamenti distrettuali sull'accesso e sulla compartecipazione degli utenti alla spesa;
- c) attività istruttoria e di monitoraggio per l'accreditamento;
- d) attività istruttoria e di monitoraggio per la costituzione delle ASP;
- e) azioni di impulso e di supporto alla verifica delle attività attuative della programmazione sociale, socio-sanitaria e sanitaria.

Il Direttore di distretto<sup>10</sup> nella Regione Veneto è nominato dal DG dell'AULSS ed è responsabile della direzione distrettuale e del perseguimento di obiettivi di risultato, sulla base delle attività e risorse concordati e assegnati con la contrattazione budgetaria. Attraverso il Coordinamento dei distretti (con funzioni di rappresentanza di tutti i distretti con la direzione strategica) si persegue l'obiettivo sostanziale di uniformare le prassi in uso nei diversi distretti e di coordinamento con i Direttori del Dipartimento di prevenzione e del Dipartimento di salute mentale per le attività svolte nell'ambito del distretto che afferiscono a questi dipartimenti e con i dipartimenti ospedalieri e le Direzioni mediche degli stessi (d.GR n. 3242/2001, all. A, p. 28). È mediante la stipula di protocolli tra la Direzione dell'azienda e il Coordinamento dei direttori di distretto che vengono stabiliti l'insieme delle attività di prevenzione la cui erogazione andrà garantita a livello distrettuale, e l'insieme delle prestazioni specialistiche e/o ambulatoriali a domicilio.

Vi sono incontri periodici con la medicina del territorio per discutere il rispetto degli obiettivi del Patto aziendale. Vi sono poi unità di confronto distrettuale con i medici convenzionati per la verifica degli obiettivi dei Patti aziendali (UCAD, Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali) e i gruppi tecnici di lavoro per specifici progetti che coinvolgono Direttore sanitario e altri responsabili di UO.

Nei distretti indagati le riunioni di staff interne al distretto si tengono mediamente ogni 10-15 giorni. Il Direttore di distretto è un dirigente del

10. Per quanto attiene ai titoli necessari al fine di poter accedere alla Direzione di distretto, le norme esistenti non offrono specificazioni. In base alla legge regionale n. 11/2000, si evince solamente che tale incarico può essere attribuito dal Direttore generale ad un dirigente del Servizio sanitario regionale che abbia maturato un'adeguata formazione ed esperienza nell'organizzazione di servizi sanitari o socio-sanitari, oppure ad un medico convenzionato da almeno dieci anni con il SSR.

ruolo sanitario, ma può anche essere un dirigente del ruolo amministrativo o sociale scelto fra il personale con qualifica dirigenziale, oppure un medico convenzionato da almeno 10 anni (d.GR n. 3242/2001, All. 1, p. 20). Egli assume la responsabilità delle funzioni di committenza-governo e di produzione-erogazione dei servizi di competenza (con operatori propri o con convenzioni con organizzazioni esterne). Al Direttore spetta la gestione del budget e degli operatori assegnatigli. Nei territori indagati il Direttore di distretto si rileva avere (come già anticipato) un ruolo limitato alla segnalazione ed esecuzione delle decisioni prese dalla direzione strategica. Relativamente al tema delle risorse, ovverosia del budget, i distretti ne sono titolari, seppure con limiti e diversità regionali.

In Lombardia, il distretto, che ha autonomia economico-finanziaria, con contabilità separata nel bilancio dell'ASL, e autonomia gestionale per lo svolgimento delle proprie funzioni e per il perseguimento degli obiettivi aziendali, è titolare di un budget di distretto (PSSR 2007-2009, capo 4), indicato dalla legge come strumento per la valutazione e il mantenimento dell'equilibrio di sistema. Previsto dalla Programmazione economica aziendale, è finalizzato alla realizzazione degli obiettivi aziendali (per es. incentivazione ai Gruppi di cure primarie in associazionismo integrato) e costituisce strumento per la lettura della domanda e dell'offerta per responsabilizzare i MMG circa i consumi sanitari. La gestione del budget di distretto si deve fondare su specifiche valutazioni epidemiologiche specifiche per ogni distretto. Già nel PSSR 2002-2004 si citava il budget di distretto, sottolineando la necessità di una collaborazione con i centri di responsabilità incidenti sul territorio (come i Gruppi di cure primarie) per una efficace gestione del budget stesso.

In Emilia Romagna, il distretto provvede ad acquistare tutti i servizi sanitari, socio-sanitari e sociali in riferimento alle esigenze presenti nel proprio territorio, in sintonia ed in accordo con la Direzione generale dell'AUSL di pertinenza, pur in una cornice normativa in cui viene riconosciuta al distretto stesso una vasta autonomia operativa, che attribuisce più ampie responsabilità al Direttore di distretto nell'attuazione delle politiche aziendali a livello locale. I distretti in Emilia Romagna non governano risorse proprie; queste vengono loro assegnate dalla Direzione generale delle AUSL di pertinenza, e in questo ambito godono di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio aziendale. Nella prassi il budget globale di ogni distretto è il risultato delle diverse assegnazioni alle articolazioni aziendali esistenti nel proprio territorio. Ciò premesso, è peraltro assai generalizzato il considerare come budget specifico del distretto quello assegnato al Dipartimento delle cure primarie per la copertura dei costi relativi ai servizi di produzione diretta.

In Puglia, il Direttore generale dell'ASL ha tra i suoi obiettivi di mandato anche quelli che concernono l'attività svolta dai distretti e del relativo sistema di cure primarie. I principali sono: contenimento della spesa farmaceutica, sviluppo delle forme associative di medicina generale, diminuzione della spesa farmaceutica inappropriata, razionalizzazione dei costi dovuti all'inappropriatezza clinica e organizzativa, territorializzazione distrettuale dei servizi e relativo spostamento dall'ospedale, riduzione delle liste d'attesa. Per la medicina di base (territoriale distrettuale) è l'ASL a definire (e approvati con delibera del direttore generale ASL) dei Patti aziendali attraverso i Comitati aziendali costituiti dal Direttore sanitario insieme ai direttori di distretto, le rappresentanze sindacali dei medici di medicina generale (UDMG), la struttura amministrativa delle convenzioni, e la Direzione aziendale. Il maggiore coinvolgimento strategico della medicina di base sembra riguardare, tuttavia, prevalentemente il sistema di monitoraggio e di controllo della spesa farmaceutica. Circa gli obiettivi che ogni distretto deve perseguire e da condividere con l'area aziendale, e legate anche alle risorse (budget) relative, il dato fenomenico è particolarmente significativo. Infatti, se da una parte è prevista la costruzione e la negoziazione di obiettivi condivisi anche sulla base di un'analisi di bisogni, dall'altra si registra, attraverso le risposte di alcuni intervistati (direttori di distretto, MMG e rappresentanti UDMG) una situazione reale diversa, per cui nella programmazione di distretto non si può parlare di un'effettiva analisi dei bisogni. Il budget è costituito, sostanzialmente, dal totale delle risorse umane e strumentali assegnati al distretto dall'ASL di appartenenza. Di solito è determinato su base consuntiva e avviene sulla base storica delle risorse impegnate a consuntivo dell'anno precedente. Più nello specifico, le risorse assegnate e nella disponibilità dei DSS (budget) corrisponde alle risorse assegnate dall'ASL al distretto, generato dagli stipendi del personale e quindi dalle risorse umane e dalle risorse strumentali e tecnologiche, mentre per la produzione di servizi per l'acquisto di attrezzature di una certa rilevanza e di un certo importo è sempre l'ASL che approvvigiona il distretto. Il distretto ha normativamente autonomia tecnico gestionale sulle risorse assegnate, mentre su proposte di acquisto o fornitura ogni decisione è assunta dall'ASL di riferimento previa valutazione dell'area tecnica. Praticamente, i rapporti con i fornitori sono gestiti dalle ASL. Infine, la Scheda di budget, analogamente al Veneto, viene discussa e negoziata in sede di comitato di budget coordinato dall'Ufficio controllo di gestione che ne coordina le attività. A seguito di valutazione di tutte le istanze proprie delle Unità operative del distretto si giunge (in sede di comitato presso la Direzione generale dell'ASL) alla individuazione delle istanze più congruenti con gli obiettivi strategici aziendali e, quindi, alla definizione della Scheda definitiva.

Nella Regione Toscana è il Direttore della Società della salute, che predispone gli atti di programmazione operativa ed attuativa annuale, a negoziare il budget con l'UOC per le attività di competenza delle Società della salute e con i responsabili delle strutture organizzative delle aziende unità sanitarie locali, e ha la responsabilità di governo-committenza e di gestione diretta o convenzionata con l'azienda sanitaria per le attività socio-sanitarie, e con i comuni per le attività sociali, mentre per le zone-distretto il Responsabile di zona ha il compito di gestire il budget assegnatogli e negoziare con i responsabili delle unità funzionali della zona-Distretto i budget di rispettiva competenza. Di fatto, però, il budget che possono gestire le SDS è limitato ai vincoli previsti dalla normativa e alla scelta della SDS di gestire in forma diretta i servizi. Nei casi in cui le SDS si occupino soltanto di programmazione, non abbiano ricevuto la delega dai comuni per la gestione dei servizi sociali e/o abbiano a loro volta delegato all'azienda la gestione dei servizi socio-sanitari e le risorse provenienti dal Fondo non autosufficienza, le uniche risorse da gestire sono i finanziamenti provenienti dalla regione, peraltro non più previsti per il 2012. È interessante rilevare il sistema premiale che caratterizza l'erogazione di risorse economiche da parte della Regione Toscana, finalizzato alla stabilizzazione delle SDS. Le risorse sono distribuite secondo la seguente modulazione: il 30% in parti uguali tra tutte le SDS; 35% in proporzione al numero di abitanti di ciascuna zona; 5% in proporzione al numero dei comuni di ciascuna zona e il restante 30% in proporzione ad un peso che tiene conto della diminuzione del tasso di ospedalizzazione per la popolazione di ogni zona.<sup>11</sup> Va segnalato, tuttavia, che per il 2012 tale erogazione di risorse non è stata più prevista.

In Veneto è la Direzione strategica AULSS (Direttore sanitario in particolare) a definire indirizzi e obiettivi, come da budget assegnato. I rapporti tra Direzione strategica e Direttore di distretto, centrati sull'operatività, sono di tipo informale. Alla programmazione strategica si ricollega la definizione dei budget di area a seguito della negoziazione tra Direttore di distretto e direzione strategica AULSS. Nell'Azienda ULSS 16 questa si concretizza in una *budget letter* annuale, con la quale si traducono operativamente gli obiettivi: ciascun distretto ha quindi la propria scheda di budget (analogamente a quanto avviene in Puglia), dove vengono fissati obiettivi, azioni, indicatori utili alla verifica della realizzazione. La costruzione del budget rappresenta quindi il momento fondamentale della programmazione distrettuale, e vede coinvolti i singoli Direttori di distretto con la Direzione strategica (con la regia del controllo di gestione). Gli obiettivi sono asse-

11. d.GR n. 449/2011.

gnati dalla Direzione strategica con margini di negoziazione variabili (per alcuni è un processo *top-down*, per altri invece un momento di concertazione). Ciascun distretto poi, a cascata, condividerà gli obiettivi di budget con i propri operatori ed Unità operative, con la previsione di almeno due incontri annui per incontri di discussione e di monitoraggio. Gli obiettivi assegnati al Direttore di distretto nella sua scheda di budget annuale riguardano, naturalmente, tutta l'attività di assistenza primaria, e, a cascata, vengono pertanto tradotti in obiettivi poi assegnati al Responsabile delle cure primarie e Responsabile del materno-infantile. La procedura di budget annuale è fondamentale anche nell'AULSS 4, e costituisce la principale occasione di confronto tra Direzione strategica e Responsabile del distretto, ai fini della definizione degli obiettivi annuali, dell'allocazione delle risorse e definizione degli indicatori di verifica (e si svolge tra gennaio e febbraio di ogni anno). Infine, i rapporti tra distretto e medicina convenzionata sono regolati mediante lo strumento dei Patti aziendali.

### *6. La gestione operativa a livello distrettuale*

Le attività del distretto nelle cinque regioni attengono, in modo abbastanza comune e trasversale, alla esigenza di garantire una risposta integrata alla domanda di salute del territorio sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali, in quanto prossimo alla comunità locale. Costituisce, quindi, sia la sede di erogazione dei servizi dell'ASL, ma anche di governo della domanda quale centro di riferimento per il governo clinico e per il governo istituzionale del territorio di competenza. Tutela e presidia lo stato di salute della popolazione di ambito, attraverso l'organizzazione e la gestione delle cure primarie e intermedie e ne garantisce la continuità assistenziale attraverso l'integrazione dei servizi sanitari, socio-sanitari e servizi socio-assistenziali.

Oggi, infatti, il distretto s'interroga su come sostenere l'assistenza primaria a garanzia del sistema di welfare, perseguendo la sicurezza del cittadino e promuovendo un modello di sviluppo della tutela della salute sostenibile per la comunità locale; sulla produzione di salute equa, intesa come garanzia di diversa distribuzione dei servizi e dei percorsi compresi nei Livelli di assistenza sanitaria e socio-assistenziale (LEA/LIVEAS) rispetto a diversi bisogni di salute.

Circa le attività operative, anche se possono esservi lievi differenze tra regioni dovute anche ad una diversa terminologia dei termini (glossario), troviamo molti punti di comunanza. Quindi, nel tentativo di rappresentarle in modo trasversale, le attività distrettuali declinate in modo progressivamente più analitico sono principalmente:

- tutte le attività sanitarie non di competenza del Dipartimento di prevenzione e dell'Ospedale;
- tutte le attività socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria;
- tutte le attività sanitarie a rilevanza sociale e, quando delegate dai comuni, anche le attività sociali;
- l'integrazione nell'organizzazione distrettuale di MMG e PLS;
- il coordinamento con le altre strutture aziendali e i dipartimenti;
- il governo dei consumi di prestazioni «indirette» (farmaceutiche, specialistiche ambulatoriali e ospedaliere);
- l'Igiene e la Medicina di comunità;
- le cure Primarie e la continuità assistenziale;
- il laboratorio di analisi, radiologia e diagnostica;
- l'anagrafe degli assistiti;
- l'assistenza agli anziani e le cure domiciliari;
- l'accesso ai servizi (PUA), la valutazione dei bisogni (UVM) e la presa in carico (PAI);
- le strutture residenziali sociosanitarie (RSA RSSA) e *hospice*;
- la prevenzione e la sanità pubblica;
- l'assistenza socio-sanitaria integrata;
- l'assistenza protesica;
- la profilassi delle malattie infettive e le certificazioni sanitarie.

Il cuore operativo del distretto è senz'altro il sistema delle cure primarie. Questo si snoda attraverso traiettorie fondamentali che chiamano in causa il rapporto con la medicina di comunità e l'associazionismo medico, il confronto con gli enti locali e i rappresentanti della società civile e del Terzo settore, l'integrazione con i servizi ospedalieri e di cui si è già svolta analisi specifica in questo scritto e per altre si rinvia ai contributi di altri colleghi.

Questo livello di integrazione si svolge, quindi, all'interno del sistema territoriale delle cure primarie che deve dare una risposta concreta alla domanda di salute e che chiama in causa le modalità organizzative ed operative con cui il distretto ne deve garantire la presa in carico sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali, in quanto prossimo alla comunità locale.

Condizioni necessarie dell'integrazione professionale sono: la costituzione di Unità valutative integrate, la gestione unitaria della documentazione, la valutazione dell'impatto economico delle decisioni, la definizione delle responsabilità nel lavoro integrato, la continuità terapeutica tra ospedale e distretto con lo strumento delle dimissioni protette, la collaborazione tra strutture residenziali e territoriali, la predisposizione di percorsi assistenziali appropriati per tipologie di intervento, l'utilizzo di indici di complessità delle prestazioni integrate.

Il governo della domanda e dell'offerta di cure domiciliari e residenziali costituisce, infatti, un altro obiettivo di tutti i SSR per dare una risposta appropriata ed efficace alla mutata prospettiva socio-demografica del nostro Paese e non solo.

Si tratta di perseguire il miglioramento dei livelli di efficienza e di efficacia del *setting* assistenziale e l'appropriatezza della continuità delle cure.

La sfida proposta è legata alla capacità del sistema di mutare approccio rispetto alla lettura della domanda di salute e alle coerente costruzione di un corredo di risposte variegata e specifiche rispetto alla persona in stato di bisogno.

A garanzia di questa missione assegnata al distretto in tutte le regioni italiane sono stati posti due strumenti strategici: la Porta unica di accesso (PUA) e l'Unità di valutazione multidimensionale (UVM).

Al distretto è assegnato il compito specifico e delicato di curare e attivare la rete formale e informale di protezione sanitaria e sociale attraverso l'integrazione e il coordinamento delle azioni dei diversi protagonisti coinvolti per garantire e assicurare la presa in carico globale della persona e la continuità delle cure entro un sistema alternativo alla funzione ospedaliera.

In particolare, dall'analisi del corredo normativo delle cinque regioni indagate si può sostenere che vi sia una situazione di sostanziale omogeneità circa la previsione e attuazione di PUA e UVM, tranne la regione Lombardia in cui non è ancora attuata.

Molto brevemente, la PUA (o Punto insieme in Toscana e Sportello unico di accesso in Veneto, ubicata presso l'ASL o presso il distretto a seconda delle regioni) raccoglie le istanze di assistenza filtrate solitamente dal MMG o dalla struttura ospedaliera, così permettendo la gestione integrata di servizi sociali e sanitari.

Le segnalazioni che arrivano al PUA sono settimanalmente (a seconda dei contesti troviamo una diversa periodicità passando da 2 riunioni a settimana a 1-2 riunioni mensili) valutate dall'Unità di valutazione multiprofessionale (UVM), coordinata da un medico, e prevede al suo interno anche una figura infermieristica di caposala che fa da filtro per l'intero territorio e poi una figura amministrativa del PUA, che materialmente raccoglie le schede; in base alle esigenze del paziente, l'UVM può prevedere anche la presenza di altre professionalità, come i terapisti della riabilitazione.

L'UVM redige un piano assistenziale personalizzato o individuale (PAP/PAI) che viene condiviso con il paziente e con i familiari e deve essere sottoscritto da un familiare.

All'interno di questo percorso troviamo la figura del *care manager* (talora assegnato a personale infermieristico), a cui è attribuito il compito di:

- assicurare che i pazienti con patologie croniche fruiscano di una presa in carico multi-professionale e di una adeguata educazione terapeutica;
- identificare puntualmente i presidi ed ausili collegati alla patologia cronica, con la conseguente attività di addestramento e di educazione ai familiari e al paziente;
- sviluppare adeguatamente le attività infermieristiche ambulatoriali.

## 7. Conclusioni

Alcune regioni hanno definito ed investito realmente, in una fase che si può definire di continuo cambiamento, in specifici modelli di sviluppo del distretto e di riequilibrio di risorse ed attività tra ospedale e territorio, mentre altre sono tuttora in una fase iniziale del percorso e rilevano un'incertezza di riferimenti.

Indubbiamente, si tratta di un'incertezza *ab origine*, giustificata anche dalla normativa nazionale (già esaminata) che non ha dato una configurazione concettuale e organizzativa chiara del distretto.

Tuttavia, non solo la centralità del distretto non è in discussione, ma viene sempre più esaltata dalla letteratura in materia e dai documenti politici e normativi.

Uno dei più importanti documenti dell'Organizzazione mondiale della sanità (WHO 1999) individua con chiarezza la centralità del distretto, all'insegna del profondo cambiamento di paradigma nel modo di rappresentare e intendere il concetto di salute (BISSOLO, FAZZI 2005), nel dichiarare che occorre:

- un radicale mutamento di prospettiva delle politiche sanitarie che prevedeva di focalizzare i problemi della salute delle persone e non i problemi di salute in quanti tali;
- il perseguimento di obiettivi di *enabling*, ossia di sviluppo di competenze da parte degli individui affinché essi possano essere maggiormente responsabili e consapevoli dei comportamenti da adottare per preservare e promuovere il proprio stato di salute;
- la centratura dell'attenzione sui *setting* (contesti) all'interno dei quali le persone vivono, al fine di rendere gli stessi adeguati a sostenere stili di vita orientati alla salute;
- lo sviluppo di una prospettiva di intervento multisettoriale.

Nel contempo, le indicazioni attuali (da ultimo il Patto per la salute 2010-2012 e la proposta di Piano sanitario nazionale 2011-2013) orientano sempre più il sistema verso la deospedalizzazione e lo sviluppo dell'assistenza primaria.



Si tratta non già di una scelta ri-organizzativa di tipo ciclico, bensì, si tratta di una necessità se non urgenza di riequilibrare un sistema che deve dare risposte ad un contesto socio-demografico nell'era delle scienze dell'artificiale applicate anche nel campo medico: aumento delle malattie croniche e delle patologie invalidanti, invecchiamento della popolazione. L'ospedale e il territorio devono trovare una nuova relazione con questo mutato contesto in termini di spostamento di una parte sempre più cospicua di assistenza sanitaria dall'ospedale al territorio e quindi al distretto (agenas 2011). Si tratta di un tassello fondamentale per la cui costruzione emerge nelle regioni indagate un quadro di sostanziale difficoltà. I maggiori punti critici, in questo senso, sono da collegare alla generale condizione di debolezza mantenuta dai servizi territoriali rispetto agli ospedali che hanno assorbito e assorbono tutt'ora larga parte della spesa sanitaria, nella subalternanza concettuale dei servizi territoriali nell'ambito del sistema dell'assistenza sanitaria dominato dall'offerta ospedaliera.

Anche la medicina generale, da sempre considerata primo e fondamentale presidio del distretto, sta rinnovando in questa fase la propria modalità operativa, scegliendo (GIARELLI, PATIERNO 2006) il lavoro di squadra come sviluppo indispensabile per rispondere ad un diverso bisogno di salute della popolazione, mentre ancora rimane da definire l'assetto organizzativo della nuova medicina associativa ed i suoi rapporti con il distretto.

All'interno di questo quadro, diventa indispensabile sviluppare un sistema regionale che permetta di: governare un'articolata rete di servizi e di percorsi di cura, centrati sul bisogno della persona; guidare e orientare il cittadino nella complessità dei servizi per garantirgli un percorso assistenziale personalizzato e una vera presa in carico; abbattere la barriera che separa i servizi e le prestazioni sanitarie da un lato ed i servizi e le prestazioni a carattere socio-sanitario e assistenziale dall'altro.

Emerge dall'analisi dei sistemi distrettuali delle cinque regioni, tenuto conto delle differenze di tipo demografico e geografico che condizionano la densità abitativa e la perimetrazione territoriale e amministrativa del distretto, l'orientamento comune, già realizzato in alcune regioni (soprattutto Emilia Romagna) a dare una consistenza demografica media distrettuale a partire dai 100.000 abitanti. Questo processo di ricomposizione territoriale distrettuale richiede al sistema e agli attori dello stesso anche una ricomposizione di aspetti socio-organizzativi prima ancora che professionali e, perché no, anche di spostamento di sede lavorativa. Questo aspetto assume una rilevanza non secondaria nelle interviste effettuate e da cui emerge anche la resistenza a trasferimenti in sedi più distanti dalla propria residenza, per esempio dall'ospedale al distretto,

anche per motivi legati ai costi del pendolarismo. A ciò si aggiunga, per l'imminente futuro, l'accorpamento delle province e l'istituzione delle città metropolitane (d.l. n. 95/2012, recante «Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini») in tutte le regioni italiane; ciò richiederà un ulteriore impegno e sforzo di ricomposizione amministrativa territoriale ed organizzativa di molte aziende sanitarie e, a cascata, dei distretti.

La programmazione distrettuale è disciplinata da un *corpus* normativo ampio e non sempre chiaro. Inoltre, il dato fenomenico indica una ricorrente (non) programmazione o programmazione «informale». Il collegamento programmatico con gli enti locali (PDZ) Terzo settore e società civile costituisce un dato positivo e cruciale da perseguire con maggiore incisività (soprattutto in Puglia e Lombardia in cui si registra un coinvolgimento in termini prevalentemente formale), salvo alcune situazioni di carenza operativa nei distretti per l'assistenza domiciliare; vi è sostanziale coincidenza tra distretto e ambito sociale, mentre i mmg si sentono poco coinvolti nella definizione strategica e programmatica.

Il ruolo e le funzioni del distretto, principalmente quelle di programmazione locale e di committenza-produzione, sono definite più o meno esplicitamente dalle diverse normative regionali e seppure abbiamo trovato analogie tra modelli distrettuali di regioni diverse e per altre meno, attraverso l'indagine fenomenica emerge indubbiamente uno spaccato in cui a prevalere sono le differenze: tra regioni, nella stessa regione quando il dato fenomenico non coincide con quello normativo, tra distretti della stessa area aziendale. Si tratta di un esito che: da un lato, va nella direzione dello smantellamento di un unico servizio sanitario versus differenti tipologie regionali ma anche infraregionali di assistenza sanitaria; d'altro canto, non è del tutto sorprendente visto il principio secondo il quale gli enti regionali potevano e possono, in attuazione del principio di solidarietà orizzontale, autonomamente organizzare i servizi socio-sanitari, tenendo conto delle realtà locali (forte influenza degli effetti della legge n. 328/2000). Rimane l'indubbia garanzia correttiva nei già citati livelli essenziali che, anche dopo la modifica costituzionale, continuano a rimanere materia di dominio statale. Di conseguenza, la definizione e le scelte sul distretto e sull'assistenza primaria spettano alle regioni che possono individuare specifici modelli organizzativi dei servizi sanitari e sociosanitari, all'uopo rispettando le prescrizioni nazionali e garantendo ai cittadini le prestazioni sanitarie e sociosanitarie rientranti nei Livelli essenziali di assistenza (lea). Allo stesso tempo, però, senza un disegno superiore che stabilisca i criteri dell'omogeneità, quella libertà regionale, che trovava la sua ragion d'essere nella realizzazione e nella garanzia di un'opportuna flessibilità

centro-periferia in grado di consentire la ricerca del modo più idoneo di applicare la norma generale alla specificità dei contesti particolari, potrebbe produrre (cesareo 2012) una differenziazione dei livelli di prestazione da regione a regione.

Questa mappatura differenziata che comporta erogazione di servizi di qualità e quantità diversa tra regioni comporta una nuova visione di welfare che non ha ancora una sua definita identità, ma che volge verso una più generica welfare society, all'interno della quale è possibile riscontrare realtà diverse che inducono risposte diverse nei riguardi dei bisogni dei cittadini, che chiedono di essere soddisfatti.

Circa la titolarità delle funzioni di committenza e produzione, la prima risulta essere indebolita dal forte condizionamento aziendale (e a cascata regionale/nazionale) nella definizione del budget, ovvero delle risorse assegnate rispetto agli obiettivi assegnati; mentre la seconda assume un carattere residuale laddove vi è la presenza di un sistema «accreditato» più o meno capillare (Veneto e Lombardia). Emergerebbe una configurazione del distretto ancora di tipo funzionalistico e, quindi, titolare di funzioni più di coordinamento che di produzione diretta di servizi e prestazioni, e percepito ancora in una condizione di «non autonomia» e, in quanto tale, sottoposto alla gerarchia dei diversi settori e attività caratterizzati dal predominio dell'offerta di servizi erogati secondo una logica di autoreferenzialità. Si tratta di un passaggio che viene rafforzato dalla questione delle risorse (budget) che costituisce un limite importante sia per la traduzione in attività concrete di quanto previsto attraverso la programmazione sia una posizione di perenne subalternità verso l'azienda sanitaria, che continua a controllare e guidare la titolarità della gestione del servizio e la sua programmazione effettiva. Inoltre, l'effettiva (in)disponibilità di risorse finanziarie proprie rende più teorico che concreto l'attuazione di un welfare locale, con la conseguenza che in molte circostanze la programmazione avviene in modo dissociato dall'analisi dei bisogni e degli standard di prestazione erogati, per fondarsi invece su altre logiche, quali ad esempio la rendicontazione storica aggiustata sulla base delle liste d'attesa.

Tale esigenza è stata peraltro fortemente sentita dalle regioni (AGENAS 2009) fin dall'atto della costituzione delle aziende sanitarie, nella convinzione che la *primary health care*, tipica dei distretti, imponesse processi di gestione autonomi in quanto un distretto non direttamente responsabilizzato nell'esercizio della sua attività e nell'impostazione organizzativa non può realizzare un ottimale livello di coerenza tra bisogni espressi dalla comunità e processo assistenziale caratterizzato da contenuti e modalità di esercizio manageriale.

Se il sistema delle cure primarie (organizzate quasi sempre come

UOC) trova un'organizzazione territoriale e funzionale disomogenea, con dipartimenti sovradistrettuali in Emilia Romagna, carente e incerto in Lombardia, peculiare in Toscana con le SDS e simile tra Puglia e Veneto, invece la presa in carico della persona con percorsi di assistenza domiciliare è pressoché omogenea nelle cinque regioni che utilizzano «strumenti» identici (PUA, UVM e PAI o PAP, *Case manager, Care giver*), con la messa ad integrazione professionale delle diverse figure coinvolte con la valutazione multidimensionale del bisogno di salute e con la messa a valorizzazione del ruolo professionale infermieristico e la sperimentazione di laboratori delle cronicità. Il dato fenomenico indica un diverso livello di attuazione effettiva di questi percorsi tra regioni, ma anche tra distretti della stessa regione o, addirittura, della stessa ASL/Provincia.

### Bibliografia

- AGENAS (a cura), *Stato di attuazione dei modelli innovativi di assistenza primaria nelle Regioni italiane*, Roma, 2009.
- AGENAS, *La rete dei distretti sanitari in Italia*, Roma, «I quaderni di Monitor», x, 27, 2011.
- A. ARDIGÒ, *Famiglia solidarietà e nuovo welfare*, Milano, FrancoAngeli, 2006.
- M.A. BECCHI, G. TAVASANIS, *L'integrazione sociosanitaria. Modalità e strumenti per la sua attuazione*, Canazei, 2003.
- G. BERTIN, *Modelli di welfare e sistemi sanitari: quali omogeneità e specificità?* in F. FOGLIETTA, F. TONIOLO (a cura), *Nuovi modelli di governance e integrazione socio-sanitaria*, «Salute e Società», 1, 2012a, 33-64.
- G. BERTIN (a cura), *Piani di zona e governo della rete*, Milano, FrancoAngeli, 2012b.
- G. BISSOLO, L. FAZZI (a cura), *Costruire l'integrazione sociosanitaria*, Roma, Carocci, 2005
- V. CESAREO, *Le nuove politiche sociali, la rete degli attori, i portatori di interesse*, in G. BERTIN (a cura), *Piani di zona e governo della rete*, Milano, FrancoAngeli, 2012, 52-79.
- C. CLEMENTE (a cura), *La salute tra assetti sociali e organizzazioni sanitarie*, Milano, FrancoAngeli, 2010.
- C. CORPOSANTO, L. FAZZI, A. SCAGLIA (a cura), *Costruire piani di salute*, Milano, FrancoAngeli, 2002.
- P. DONATI (a cura), *Verso una società sussidiaria*, Bologna, Bononia University Press, 2011.
- M. FERRERA, *Trent'anni dopo, Il welfare state europeo tra crisi e trasformazione*, «Stato e Mercato», 81 (3), 2007, pp. 341-375.
- F. FOGLIETTA, F. TONIOLO (a cura), *Nuovi modelli di governance e integrazione socio-sanitaria*, «Salute e Società», 1, 2012, pp. 33-64.
- G. GIARELLI, M. PATIERNO (a cura), *Medici in associazione. Esperienze, problemi e prospettive dell'associazionismo in Medicina Generale*, Milano, FrancoAngeli, 2006.

- 
- A. GIDDENS, *L'Europa nell'età globale*, Roma, Laterza, 2007.
- C. GORI (a cura), *La riforma dei servizi sociali in Italia. L'attuazione della 328 e le sfide future*, Roma, Carocci, 2004.
- R. MAGGIAN, *Il sistema integrato dell'assistenza. Guida alla legge 328/2000*, Roma, Carocci, 2001.
- A. PERINO, *L'istituto della delega e i suoi riflessi sull'integrazione sociosanitaria*, in G. BISSOLO, L. FAZZI (a cura), *Costruire l'integrazione sociosanitaria*, Roma, Carocci, 2005, pp. 121-123.
- S. RIZZA, *Il Terzo Settore nella società civile*, « Sociologia » 2, 2002, 41-52.
- S. ZUBOFF, J. MAXIM, *The support economy*, New York, Viking, 2002.
- WHO, *Health 21. The health for all policy for the WHO European Region*, Copenhagen, 1999.

---

## Le cure primarie: organizzazione, erogazione, attori

Alberto Ardisson e Fausta Martino<sup>1</sup>

### *Introduzione*

Secondo la storica dichiarazione di Alma Ata del 1978 le cure primarie possono essere così definite:

L'assistenza sanitaria di base è quella assistenza sanitaria essenziale, fondata su metodi pratici e tecnologie appropriate, scientificamente valide e socialmente accettabili, resa universalmente accessibile agli individui e alle famiglie nella collettività, attraverso la loro piena partecipazione, a un costo che la collettività e i paesi possono permettersi ad ogni stadio del loro sviluppo nello spirito di responsabilità e di autodeterminazione. L'assistenza sanitaria di base fa parte integrante sia del sistema sanitario nazionale, di cui è il perno e il punto focale, sia dello sviluppo economico e sociale globale della collettività. È il primo livello attraverso il quale gli individui, le famiglie e la collettività entrano in contatto con il sistema sanitario nazionale, avvicinando il più possibile l'assistenza sanitaria ai luoghi dove le persone vivono e lavorano, e costituisce il primo elemento di un processo continuo di protezione sanitaria. (OMS, Alma Ata 1978, Primary health care, «Health for all»).

Come specificato dal Ministero della salute, le cure primarie rappresentano una vera e propria «area-sistema» dotata di caratteristiche peculiari e profondamente diverse da quelle, altrettanto tipiche, dell'assistenza ospedaliera. Per le cure primarie a prevalere è il cosiddetto paradigma «dell'iniziativa» con il quale si intende un *pattern* assistenziale orientato alla promozione attiva della salute e al rafforzamento delle risorse personali (auto-cura e *family learning*) e sociali (reti di prossimità e capitale sociale) a disposizione dell'individuo, specie se affetto da malattie croniche o disabilità.

---

1. Sebbene il presente lavoro sia il frutto di una comune riflessione, l'introduzione e i paragrafi 1, 2 e 3 sono da attribuire a Fausta Martino, mentre i paragrafi 4 e 5 sono da attribuire ad Alberto Ardisson. Le conclusioni del testo sono da attribuire ad entrambi gli autori.

Per l'assistenza ospedaliera è invece prevalente il paradigma «dell'attesa» con il quale si evidenzia un *pattern* assistenziale ad elevata standardizzazione ed intensività tecnico-assistenziale che si attiva e si mobilita in presenza di un evento nuovo e con caratteristiche prevalentemente di acuzie, di urgenza od emergenza.

Questi sono due paradigmi assistenziali che identificano bisogni e fasi diverse. Devono essere entrambi centrati sulla persona e possono riuscire a garantire presa in carico e continuità nelle cure, solo se riescono ad integrarsi tra loro in una unica rete assistenziale ([www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it) 2012/06/03).

Tab. 1 - Le differenze tra sistema ospedaliero e sistema delle cure primarie

| ASSISTENZA OSPEDALIERA<br>«Paradigma dell'attesa»                           | CURE PRIMARIE<br>«Paradigma dell'iniziativa»                                    |
|---|---|
| Intensività tecno- assistenziale ed elevata standardizzazione dei processi  | Estensività socio-assistenziale e modularità della risposta                     |
| Orientato alla produzione di prestazioni e alla cura dell'episodio acuto    | Orientato alla gestione di processi assistenziali e alla continuità delle cure  |
| Presidia l'efficienza   | Presidia l'efficacia e i risultati  |
| Tende all'accentramento e alla verticalità per realizzare economie di scala | Tende al decentramento e alla orizzontalità per valorizzare il capitale sociale |
| Punta all'eccellenza  | Punta all'equità  |

L'integrazione tra i due sistemi avviene attraverso la costituzione di una unica rete assistenziale.

Fonte: [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it) (2012/06/03)

Elementi fondamentali dell'area delle cure primarie sono dunque l'estensività e l'equità nell'assistenza e nell'accesso alle cure, la prossimità delle cure ai luoghi di vita dei cittadini, l'integrazione tra attività sanitaria e sociale, la valorizzazione del capitale umano e sociale a disposizione dell'individuo e la partecipazione della comunità locale e dei cittadini alla programmazione dei servizi e alla valutazione delle attività e dei risultati di salute ([www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it) 2012/06/03).

Le cure primarie quindi, così come descritto nel sito del Ministero della salute, non si rivolgono e non si identificano solo nella salute dei cittadini intesa come comparsa di una malattia ma ad una logica più ampia di benessere. Questa riflessione fa emergere il forte bisogno di integrazione tra il sanitario, il sociale, e la rete del terzo settore. Dai vari report regionali, redatti durante la fase di ricerca, infatti, emerge il forte bisogno di integrazione tra l'area sanitaria e quella sociale. Nel testo a seguire sarà possibile visualizzare tutti i tentativi, più o meno compiuti, che le regioni stanno operando per la realizzazione di strumenti di pianificazione e programmazione unificati.

Le cure primarie riconoscono come proprio livello di riferimento il «territorio» al fine di garantire prossimità ai cittadini. Il loro ambito organizzativo specifico è quello distrettuale da intendersi come articolazione unitaria del sistema sanitario dove avviene la programmazione dei servizi.

Il macro sistema al quale ci si riferisce è quello delle *primary care* (SHI 1994) e i principi al quale, anche il Ministero fa riferimento, sono:

1. Realizzazione della «presa in carico» del cittadino attraverso l'istituzione in ogni presidio sanitario territoriale del punto unico di accesso ai servizi;
2. Estensione della continuità assistenziale a 24 ore al giorno e a sette giorni su sette;
3. Istituzione del «dipartimento delle cure primarie».

Nell'ottica di una forte integrazione tra le attività sanitarie e assistenziali la costituzione di un dipartimento delle cure primarie all'interno di ogni singola azienda sanitaria, ma articolato per distretto sanitario, acquista un significato del tutto particolare, pratico e simbolico al tempo stesso. Solo attraverso un dipartimento unico è possibile realizzare un «governo» effettivo del complesso delle attività di assistenza primaria i cui momenti fondamentali passano attraverso la predisposizione di piani di intervento specifici per le diverse aree assistenziali e la gestione unitaria delle risorse umane e professionali. Questa aspettativa ministeriale è stata raggiunta ad esempio nel territorio dell'AUSL di Ferrara in quanto la direzione di distretto non eroga direttamente i servizi, ma, tramite la pianificazione concordata con la direzione strategica dell'AUSL e con gli enti locali, rispettando l'iter procedurale previsto dalla normativa regionale, ne assicura l'erogazione da parte dei dipartimenti di cure primarie, di salute mentale, di sanità pubblica e dei presidi ospedalieri le cui strutture insistono nel territorio distrettuale. Il direttore del distretto Sud-Est di Ferrara, infatti, sostiene che:

Nell'organizzazione di prima, il direttore di distretto aveva un dipartimento di cure primarie gerarchicamente dipendente, in cui fondamentalmente si articolava la produzione di base del distretto, e cioè le cure primarie, la specialistica e il socio-sanitario. Da quando il dipartimento di cure primarie è diventato unico per tutta l'AUSL, non esiste più questa linearità gerarchica diretta. Perciò esso ha avuto un'organizzazione simile alla sanità pubblica e alla salute mentale. Quindi, si sviluppa un'azione molto diretta da parte della direzione generale, che gestisce direttamente il presidio unico ospedaliero e cioè tutti gli ospedali della provincia gestiti



---

dalla AUSL, ad eccezione di quello universitario, il dipartimento di cure primarie, la sanità pubblica e la salute mentale.

4. Promozione delle Case della salute.  
Nell'ambito delle aree elementari del distretto (un bacino corrisponde a circa 5-30.000 abitanti) dovrebbe trovare collocazione una struttura polivalente e funzionale in grado di erogare materialmente l'insieme delle cure primarie e di garantire la continuità assistenziale e le attività di prevenzione. La Casa della salute rappresenta il luogo di tale ricomposizione, il contesto in cui può essere realizzato il lavoro multidisciplinare.
5. Promozione di forti forme associative dei medici di medicina generale e degli altri professionisti sanitari.
6. Potenziamento dell'assistenza a domicilio.
7. Promozione delle attività di autogestione delle patologie e *family learning*: le attività di formazione del cosiddetto cittadino competente (o paziente esperto) e del *family learning*, espressamente finalizzate alla autogestione delle malattie croniche svolgono un ruolo di importanza crescente anche alla luce dell'aumento esponenziale delle malattie ad andamento cronico.
8. Potenziamento del ruolo degli Enti locali nella programmazione delle attività sociosanitarie delle AUSL (piano attuativo locale e piano attuativo territoriale), nella loro valutazione.
9. Implementazione degli strumenti di partecipazione del cittadino alle scelte pubbliche.

Il cittadino e le sue associazioni di rappresentanza devono potere svolgere una funzione attiva nell'intero processo assistenziale. Una funzione di co-partnership che deve trovare espressione, attraverso l'istituzione di specifici organismi distrettuali e/o di AUSL, nel corso dell'intero percorso decisionale: dalla definizione dei bisogni alla programmazione degli interventi e alla valutazione dei risultati. Un processo di coinvolgimento indispensabile per il miglioramento continuo della qualità effettiva (non solo percepita) e per la verifica concreta della fruibilità dei livelli essenziali di assistenza.

Il distretto garantisce l'accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari servendosi di strutture organizzative denominate solitamente unità funzionali cui è preposto un responsabile che ha il compito di organizzare le risorse assegnate e risponde dell'efficacia e dell'appropriatezza dei servizi socio-sanitari.

### *1. Le cure primarie e i Livelli essenziali di assistenza (LEA)*

Le cure primarie sono erogate nell'ambito dell'assistenza distrettuale prevista dai livelli essenziali di assistenza (LEA). Il d.PCM del 23 febbraio 2002, definisce i livelli essenziali comprendenti le prestazioni e i servizi che il servizio sanitario nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale.

L'assistenza distrettuale comprende le attività e i servizi sanitari e sociosanitari diffusi capillarmente sul territorio: dalla medicina di base all'assistenza farmaceutica, dalla specialistica e diagnostica ambulatoriale alla fornitura di protesi ai disabili, dai servizi domiciliari agli anziani e ai malati gravi ai servizi territoriali consultoriali (consultori familiari, servizio dipendenze patologiche, servizi per la salute mentale, servizi di riabilitazione per i disabili, ecc.), alle strutture semiresidenziali e residenziali (residenze per gli anziani e i disabili, centri diurni, case famiglia e comunità terapeutiche) (BALBONI 2005).

Dall'analisi trasversale dei territori esaminati (Toscana, Emilia Romagna, Puglia, Veneto e Lombardia), sembra sia possibile racchiudere alcuni elementi distintivi delle cure primarie:

- l'equità nell'assistenza e nell'accesso alle cure;
- la prossimità delle cure ai luoghi di vita dei cittadini;
- l'integrazione tra attività sanitaria e sociale;
- la partecipazione della comunità locale e dei cittadini alla programmazione dei servizi e alla valutazione delle attività e dei risultati di salute;
- il rapporto di fiducia tra il cittadino e i professionisti della medicina generale.

### *2. L'organizzazione e la governance delle cure primarie*

Descrivere l'organizzazione e la governance delle cure primarie non è cosa semplice. Si avverte infatti una grossa difficoltà nella descrizione delle cure primarie tra le funzioni del distretto e del suo direttore, e la pragmaticità dell'erogazione della medicina di base e le sue forme associative. Di seguito si cercherà di esplicitare soprattutto le differenze e le somiglianze territoriali per quanto concerne l'ambito della programmazione delle cure primarie e la definizione delle prestazioni fornite, non esplicitando il ruolo specifico dei medici di medicina generale, al quale è destinato un capitolo specifico.

Dal confronto tra le regioni esaminate è possibile notare come il dipartimento di cure primarie venga non solo definito in modo diverso ma

abbia anche compiti e contenuti non del tutto simili. Questo lo si evince dal confronto tra le varie leggi regionali ma anche comparando gli atti aziendali all'interno delle stesse regioni, a conferma di quanto più volte sostenuto che le diversità locali non sono solo all'interno del quadro regionale, ma anche all'interno delle regioni stesse (BERTIN 2012).

### *2.1. I dipartimenti delle cure primarie nelle Regioni Emilia Romagna, Veneto, Toscana, Lombardia, Puglia*

In Emilia Romagna le cure primarie sono erogate dai dipartimenti delle cure primarie, presenti in ogni AUSL, a loro volta organizzati in nuclei di cure primarie. Il dipartimento delle cure primarie, assieme al dipartimento sanità pubblica e al dipartimento salute mentale e dipendenze patologiche, è parte dei dipartimenti territoriali, così come definito dalle linee guida regionali per la redazione dell'atto aziendale (delibere n. 86/2006 e 2011/2007). Lo stesso dipartimento delle cure primarie è inoltre integrato con i dipartimenti ospedalieri e con la rete dei servizi socio-sanitari e sociali per garantire continuità delle cure.

Il dipartimento assicura:

- l'assistenza dei medici di famiglia e dei pediatri di libera scelta,
- l'assistenza specialistica ambulatoriale (visite ed esami);
- l'assistenza domiciliare;
- l'assistenza consultoriale;
- l'assistenza agli stranieri presenti nel territorio;
- l'assistenza agli ammalati di aids;
- l'assistenza socio-sanitaria in strutture residenziali e a domicilio,
- l'assistenza farmaceutica;
- le procedure per l'assistenza all'estero.

Sono proprio questi dipartimenti, aggregando una pluralità di unità operative e servizi, a garantire la globalità degli interventi preventivi ed assistenziali nonché la continuità assistenziale (d.GR 86/2006, «Direttiva alle aziende sanitarie per l'adozione dell'atto aziendale»), o, detto altrimenti, i dipartimenti costituiscono le forme organizzative che forniscono i servizi ai distretti (Piano sociale e sanitario 2008-2010, BUR n. 92, 2008/06/03).

Mentre la direzione generale stabilisce il quadro generale di compatibilità e le linee strategiche di direzione, la direzione del distretto individua le soluzioni locali compatibili con il quadro generale, adeguando, quindi, il quadro programmatico generale alla specifica situazione del distretto, sia in relazione ai bisogni di servizi sanitari e socio-sanitari, sia in relazione alle modificazioni auspiccate e realizzabili nell'erogazione dei servizi.

Occorre, inoltre, precisare quale sia la natura del rapporto fra distretto e dipartimento delle cure primarie, uno dei grandi dipartimenti non ospedalieri.

Si ricorda che la l.r. n. 29/2004 stabilisce che le AUSL sono articolate in distretti ed organizzate per dipartimenti, sottolineando la differenza fra i distretti come organo di decentramento del governo aziendale ed i dipartimenti come assetto organizzativo fondamentale per la organizzazione e la gestione della produzione dei servizi e delle prestazioni assistenziali.

In una cornice istituzionale così disegnata, i distretti sono coinvolti in diversi processi che si articolano secondo le seguenti fasi:

- partecipazione alla programmazione locale al fine di prefigurare le aree di bisogno e delineare i processi per la costruzione delle priorità di intervento (tutte attività che sono parte della missione propria del direttore di distretto, il quale cura i rapporti con gli enti locali all'interno del comitato di distretto);
- negoziazione degli obiettivi e delle risorse tra i dipartimenti e la Direzione generale a cui contribuiscono anche i Direttori di distretto, secondo il principio di collegialità dell'esercizio delle funzioni della direzione generale prevista dagli indirizzi per il nuovo atto aziendale (d.GR 86/2006);
- gestione della produzione a cura dei dipartimenti, a cui viene comunque garantita la necessaria autonomia nella modulazione interna delle risorse.

Nel caso Veneto l'Unità operativa complessa cure primarie è istituita all'interno di ciascun distretto. Come per le altre regioni non sono previsti dipartimenti cure primarie a livello sovra distrettuale.

Si elencano di seguito i contenuti sintetici che caratterizzano l'attività del servizio:

- convenzioni con medicina generale, pediatria di base e specialistica ambulatoriale interna;
- aggiornamento e formazione medicina convenzionata;
- programmazione assistenza primaria, specialistica e integrata;
- programmazione assistenza riabilitativa, residenziale e protesica;
- assistenza italiani all'estero e stranieri in Italia.

Nel caso veneto come si evince dalla nota regionale del 25.1.2012 «La nuova programmazione socio-sanitaria attraverso le cure primarie», delibera di Giunta regionale n. 41 e delibera di Giunta regionale n. 1666 del 2011,

Sta avvenendo una fase di riorganizzazione della sanità e dei suoi modelli operativi relativamente all'assistenza territoriale tramite le cure primarie. Uno degli obiettivi riguarda il processo assistenziale alla persona, attraverso il riordino di interventi e prestazioni, salvaguardando la continuità assistenziale in una logica di rete a forte integrazione socio-sanitaria.

Nel caso toscano il Dipartimento di cure primarie (anche denominato dipartimento di servizi sanitari territoriali), è costituito in un'Unità operativa complessa. In alcuni organigrammi aziendali sono previste anche unità funzionali di cure primarie, articolate per zona-distretto.

In Toscana le Società della Salute (SDS), integrando i servizi e le attività di comuni e aziende sanitarie, lavorano per offrire alle persone risposte unitarie ai bisogni sociosanitari e assistenziali e diventano l'unico interlocutore e porta di accesso ai servizi territoriali.

Per società della salute si intende «la modalità organizzativa di un ambito territoriale di zona-distretto costituita in forma di consorzio tra l'azienda unità sanitaria locale ed i comuni per l'esercizio associato delle attività sanitarie territoriali, socio-sanitarie e sociali integrate». Le Società della Salute, rappresentano una soluzione organizzativa inedita dell'assistenza territoriale che sviluppa l'integrazione del sistema sanitario con quello socio assistenziale, persegue la salute e il benessere sociale garantendo la presa in carico integrata del bisogno e la continuità del percorso assistenziale e favorisce la partecipazione dei cittadini prevedendo forme di partecipazione con rappresentanze istituzionali e associative. Sono soggetti pubblici senza scopo di lucro, costituiti per adesione volontaria dei Comuni di una stessa zona-distretto e dell'AUSL territorialmente competente, per l'esercizio associato delle attività sanitarie territoriali, socio-sanitarie e sociali integrate. Sul territorio della Toscana, ci sono attualmente 25 Società della Salute e altre si stanno costituendo.

In queste organizzazioni, lavorano fianco a fianco professionisti e operatori sanitari e sociali, del Terzo settore e del volontariato.

La missione della Società della Salute è collegare l'organizzazione unitaria dei servizi territoriali con le azioni sui determinanti di salute non sociosanitari; forte attenzione viene assegnata agli stili di vita e alla promozione della salute. Sulla base dei dati sullo stato di salute della popolazione locale, le Società della Salute descrivono gli obiettivi e programmano gli interventi sociosanitari territoriali per raggiungerli. La conoscenza delle caratteristiche epidemiologiche di un territorio e la partecipazione sono essi stessi fattori importanti per la salute del singolo e della comunità. Si occupano di stili di vita e di promozione della salute e sulla base di dati sullo stato di salute della popolazione locale, descrivono gli obiettivi e programmano gli interventi sociosanitari territoriali per raggiungerli. (l.r. n. 40/2005, l.r. n. 60/2008, d.GR n. 243/2011).

In Lombardia le Unità operative per le cure primarie sono rilevabili presso le AUSL e non a livello distrettuale.

Il Dipartimento delle cure primarie e della continuità assistenziale individua i bisogni primari di salute della popolazione, assicurando la

pianificazione, la valutazione, il controllo ed il coordinamento della attività di assistenza sanitaria primaria.

Il Dipartimento delle cure primarie é un dipartimento gestionale, in linea con la direzione sanitaria, che assume il coordinamento dei medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e i medici della continuità assistenziale. Il Dipartimento svolge funzioni relative al monitoraggio dell'assistenza farmaceutica territoriale, al coordinamento, al monitoraggio e al controllo delle prestazioni protesiche.

Per l'espletamento delle proprie funzioni è organizzato nei seguenti servizi:

- servizio assistenza medico primaria;
- servizio cure primarie ed integrazione socio-sanitaria;
- servizio farmaceutico territoriale;
- servizio coordinamento attività distrettuali.

L'assistenza sanitaria primaria comprende le attività e le prestazioni di educazione sanitaria, di medicina preventiva individuale, di diagnosi, cura e riabilitazione di primo livello e di pronto intervento.

Il Dipartimento delle cure primarie e continuità assistenziale ha tradizionalmente svolto le funzioni relative al rapporto con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, al monitoraggio dell'assistenza farmaceutica territoriale, all'autorizzazione e controllo delle prestazioni protesiche e ai rimborsi per assistenza all'estero. Si tratta dunque di un dipartimento che, oltre a necessitare di una forte integrazione interna, deve trovare modalità di raccordo con i distretti: «poiché è in quest'ultimo ambito che va a ricollocarsi il governo della domanda, e quindi i rapporti con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta» (Intervista DG Sanità, Struttura di Medicina convenzionata territoriale, progetti di qualità e ricerca Regione Lombardia).

Proprio per questo motivo, viene più volte richiamata, nei documenti legislativi e programmatori, la necessità che il Dipartimento cure primarie e continuità assistenziale: «si configuri come organismo di indirizzo delle attività distrettuali, e di coordinamento fra i distretti e la direzione sanitaria e generale, al fine di elaborare politiche congiunte sul governo della domanda, mantenendo a livello centrale la gestione degli aspetti di direzione tecnica ed amministrativa di carattere generale». Per il governo della domanda, è necessaria anche una stretta collaborazione con il Dipartimento programmazione, acquisto e controllo.

A questo Dipartimento competono l'assistenza medica di base, quella specialistica limitatamente al coordinamento delle attività di assistenza protesica, e l'assistenza farmaceutica. Il servizio di assistenza medica di base, si ribadisce, è destinato a giocare un ruolo sempre più importante nei rapporti con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta

quali regolatori della domanda ed erogatori delle cure primarie, attori strategici nella razionalizzazione del sistema e nella garanzia di una sempre migliore tutela della salute dei cittadini.

Il servizio di assistenza domiciliare integrata è in capo al dipartimento per le attività socio-sanitarie integrate.

Il Dipartimento per attività socio-sanitarie integrate viene chiamato ad un riassetto dovuto ai mutamenti normativi sia a livello nazionale che regionale. In particolare si richiama:

- il raccordo con i Comuni «ai quali la l. 328/2000 ed i successivi decreti applicativi assegnano piena titolarità e specifici finanziamenti per la programmazione e la gestione del sistema dei servizi sociali, delineandone l'organizzazione per ambiti distrettuali»;
- il raccordo con i soggetti privati profit e non profit, che possono concorrere alla programmazione, gestione e attuazione di prestazioni sociali, educativo-formative e socio-sanitarie;
- il raccordo con le aziende dei servizi alla persona «di diritto pubblico, o con quelle di diritto privato senza scopo di lucro, derivanti alla trasformazione delle IPAB ai sensi della l.r. 3/2003, che partecipano alla programmazione ed alla realizzazione del sistema sociale e socio-sanitario».

L'attività del Dipartimento per attività socio-sanitarie integrate va inoltre collocata entro il nuovo disegno del welfare lombardo, richiamato dalle linee guida per il piano di organizzazione e funzionamento aziendale, che si sta muovendo verso una sempre maggiore implementazione delle cure domiciliari e della loro «voucherizzazione» (uso di titoli sociali in forma di voucher, cioè buoni servizio o buoni acquisto).

Per quanto riguarda i modelli organizzativi del Dipartimento per attività socio-sanitarie integrate, ferme restando le indicazioni fornite dal Regolamento regionale di funzionamento del Dipartimento per attività socio-sanitarie integrate emanate nel giugno 1999, si sottolinea la necessità di studiare forme organizzative capaci di raggiungere i seguenti obiettivi strategici:

- rafforzamento delle funzioni di programmazione, acquisto e controllo del sistema socio-sanitario, e ciò implica: la programmazione il più possibile integrata con i vari soggetti, istituzionali e non, che partecipano al sistema; la necessità di pervenire alla metodica «contrattazione/acquisto» di servizi e prestazioni, come strumento di governo e di regolazione del sistema; la necessità di espletare tutte le forme di controllo: istituzionale, tecnico-qualitativo e amministrativo, utili a tutelare e garantire il cittadino;
- sperimentazione di forme di esternalizzazione graduale dei servizi e/o delle prestazioni attualmente a gestione diretta della AUSL. Nel

dettaglio, attualmente la titolarità della gestione dei servizi è in capo all'AUSL che la gestisce attraverso varie forme: direttamente o in convezione con soggetti terzi, pubblici e privati, profit e non profit. L'obiettivo è il graduale passaggio della titolarità della gestione ad altri soggetti pubblici e privati; tale passaggio dovrà avvenire in modo graduale, rispettoso della situazione locale e delle peculiarità del contesto di riferimento e attento a dare continuità anche a forme di gestione pubblica. La AUSL manterrà la gestione diretta per tutto il tempo necessario a misurare, ed eventualmente far crescere, le competenze di altri soggetti pubblici e del privato non profit e profit con i quali le AUSL sottoscriveranno il patto di accreditamento;

- distinzione tra organi preposti alle funzioni di governo/controllo e organi preposti alle funzioni di produzione/erogazione delle prestazioni: «In tal senso il banco di prova sarà rappresentato dall'articolazione organizzativa derivante dal sistema di voucherizzazione dell'assistenza domiciliare integrata. Occorrerà anche considerare una diversa afferenza funzionale e gerarchica del personale preposto alle due differenti funzioni identificando i ruoli di programmazione e controllo distinti da quelli di produzione.» (Intervista DG Sanità, Struttura di Medicina convenzionata territoriale, progetti di qualità e ricerca Regione Lombardia);
- attribuzione al Dipartimento per attività socio-sanitarie integrate delle funzioni di programmazione, acquisto e controllo, e distrettualizzazione delle funzioni di produzione ed erogazione dei servizi e delle prestazioni. «Sia nella normativa nazionale che regionale, sia per il sistema dei servizi sociali che di quelli socio-sanitari, il distretto si connota come «area sistema», come livello gestionale ed organizzativo integrato di essi, con propria autonomia tecnico-funzionale e con specifico budget» (Intervista DG Sanità, Struttura di Medicina convenzionata territoriale, progetti di qualità e ricerca Regione Lombardia). Il distretto si configura dunque sempre più come «area della produzione», come interfaccia degli Uffici di piano dei Comuni ai sensi della l. n. 328/2000, e luogo della programmazione integrata dei servizi e di coinvolgimento in essa delle rappresentanze dei soggetti pubblici e privati. «Nel distretto è anche ipotizzabile la forma più avanzata di sperimentazione come «soggetto di partecipazione», con il coinvolgimento e la corresponsabilità anche economica degli enti locali.» (Intervista DG Sanità, Struttura di Medicina convenzionata territoriale, progetti di qualità e ricerca Regione Lombardia);
- potenziamento delle attività di informazione e di supporto, per



consentire ai cittadini di esercitare appieno il loro diritto di libertà di scelta. Per la funzione di erogazione di servizi/prestazioni il Dipartimento per attività socio-sanitarie integrate deve assicurare che in ogni ambito distrettuale siano garantite le «funzioni di consulenza» per tutta la popolazione: singoli, coppie, famiglie, adolescenti e giovani, disabili, anziani, e siano garantiti i livelli essenziali di assistenza attraverso gli appositi servizi territoriali (servizio famiglia, infanzia, età evolutiva, servizio dipendenze, servizio disabili, servizio anziani ecc.). Questo consentirà di offrire a tutti i cittadini pari opportunità di accesso al sistema socio-sanitario, e fornirà nel contempo un supporto nell'analisi dei loro bisogni e nell'orientamento nella individuazione delle risposte. Con lo scopo di garantire ai cittadini l'esercizio di un reale diritto di scelta tra le diverse reti dei servizi del sistema sociosanitario e sociale, con il Piano di organizzazione e funzionamento aziendale si suggerisce di affiancare alle carte dei servizi, obbligatorie per ciascuna unità secondo quanto indicato dalle norme regionali per l'accreditamento, anche analoghi strumenti che presentino la totalità delle articolazioni del welfare lombardo. «In tal senso sono auspicabili semplificazioni ed integrazioni organizzative che forniscano una risposta integrata, di tipo «consulenziale», alle diverse problematiche che una famiglia vive lungo il suo ciclo di vita.»(Intervista DG Sanità, Struttura di Medicina convenzionata territoriale, progetti di qualità e ricerca Regione Lombardia).

In Puglia, come per il Veneto, si registra un cambiamento legislativo in essere. Nel nuovo regolamento previsto, i Dipartimenti di cure primarie saranno strutture complesse; al momento vi sono Unità operative semplici solo in alcuni distretti. Il distretto diventa così il centro di riferimento per il governo clinico e per il governo istituzionale del territorio di competenza. Tutela e presidia lo stato di salute della popolazione di ambito, attraverso l'organizzazione e la gestione delle cure primarie e intermedie.

La funzione di produzione è esercitata prevalentemente dalla struttura complessa cure primarie e intermedie (insieme alla Direzione del distretto) che la esprime attraverso l'organizzazione dei servizi, in coerenza con le norme vigenti e gli indirizzi della programmazione nazionale, regionale e aziendale.

### 3. Strumenti di programmazione delle cure primarie

Dopo aver svolto una breve panoramica sul significato di Dipartimento delle cure primarie nei vari territori si procede di seguito con la descrizione degli strumenti di programmazione locale.

Nel caso lombardo non è stato possibile rilevare lo strumento di programmazione regionale ma, da una ricerca sul web, è stato possibile risalire al Documento programmatico 2012 del Dipartimento cure primarie e continuità assistenziale di Bergamo dal quale si cercherà di delineare un quadro completo, anche se non esaustivo, della programmazione delle cure primarie. Da questo documento si evince che per la definizione degli obiettivi e la programmazione 2012 delle aree di competenza del Dipartimento assistenza primaria e pediatria di famiglia, continuità assistenziale, protesica, il principale riferimento è dato dalla delibera di Giunta regionale n° ix/2633 del 6 dicembre 2011 «Determinazioni in ordine alla gestione del servizio Socio-sanitario regionale per l'esercizio 2012». In questo documento di programmazione, emerge sinteticamente la realtà organizzativa delle cure primarie nel contesto della provincia di Bergamo e si valorizzano - alla luce delle indicazioni regionali - quegli aspetti di *best practice* che valgono come punto di partenza per gli obiettivi di mandato, per il concorso ai progetti regionali di governo clinico e per lo sviluppo di percorsi integrati territorio-ospedale. Per l'area relativa alla protesica, sempre in riferimento alla delibera di Giunta regionale «Regole di Sistema 2012», si riportano, ad esempio, le linee di indirizzo del servizio di assistenza protesica che consentiranno di mantenere un preciso e puntuale monitoraggio dell'andamento della spesa e gli interventi che si intendono porre in atto per il suo contenimento a livelli di appropriatezza.

Secondo quanto definito da questo documento, la Direzione del Dipartimento si impegna a:

- garantire un puntuale flusso informativo verso la regione per quanto richiesto dalla delibera di Giunta regionale;
- valutare nel contesto della redazione delle certificazioni economiche trimestrali il reale andamento gestionale per gli eventuali interventi correttivi da parte della regione;
- seguire, per quanto rientra nelle proprie competenze, gli indirizzi operativi sulle voci di costo standard territoriale che verranno forniti dalla regione;
- garantire il flusso informativo per il monitoraggio dell'erogazione da parte del Servizio sanitario nazionale dei prodotti protesici e di assistenza integrativa redigendo con cadenza bimestrale un piano di governo di tale spesa.

La Direzione ed i servizi del Dipartimento si impegnano altresì a partecipare agli obiettivi della regione Lombardia in materia di *risk management*, miglioramento continuo della qualità, formazione e ricerca.

Di fondamentale valenza la collaborazione del Dipartimento cure primarie con i dipartimenti di prevenzione medico e per le attività socio-sanitarie integrate, per gli obiettivi di prevenzione e per sostenere la centralità della persona, ed in particolare di quelle più «fragili», con il coinvolgimento e la collaborazione dei medici di cure primarie.

Altro elemento di grande rilevanza è l'azione del Dipartimento nei confronti delle strutture erogatrici e dei loro specialisti, in particolare per il raggiungimento degli obiettivi previsti dagli allegati 1e 6 alla delibera regionale, ossia lo sviluppo di «reti di patologia» e la «progressiva interazione/integrazione tra medicina di territorio e specialistica».

Oltre a quanto già sopra esposto, un obiettivo cui si intende dare particolare attenzione è quello relativo alla semplificazione e facilitazione dell'accesso alle prestazioni. Il Dipartimento cure primarie e continuità assistenziale intende dare la più ampia visibilità del suo operato alla cittadinanza in quanto, nell'ambito degli accordi integrativi regionali degli anni precedenti e quelli del 2011-2012, la Regione Lombardia ha promosso e sostenuto l'ampliamento delle forme associative e delle fasce orarie aggiuntive di apertura degli studi dei medici di famiglia.

Verrà introdotta una modalità informatizzata di trasmissione dei piani terapeutici dei pazienti con diabete dal medico di assistenza primaria al distretto, evitando così l'accesso del paziente al distretto per la prevista autorizzazione che verrà invece gestita on-line.

Queste potenzialità di accesso facilitato ai servizi sanitari territoriali saranno oggetto di adeguate campagne di informazione dei cittadini.

Se è possibile rilevare un limite di questo approccio ben articolato è la mancanza di una rete territoriale che accolga, soprattutto sul versante sociale, l'intervento dei Comuni al fine di una integrazione che guardi il paziente come cittadino nella sua globalità.

La promozione della messa in «rete» dei servizi (che tende a garantire continuità delle cure e a riequilibrare le prestazioni tra territorio ed ospedale) è esperienza abbastanza sviluppata dal Dipartimento cure primarie e continuità assistenziale dell'AUSL di Bergamo, anche grazie a progetti innovativi regionali e ad un'intensa attività di formazione, che hanno consentito la messa in «rete» della gestione dei pazienti con le patologie croniche a maggior prevalenza: diabete, epatopatia cronica, ipertensione, scompenso cardiaco, neoplasie e pazienti in terapia anti-coagulante orale.

I progetti presentati dai Dipartimenti trovano il loro spazio in un secondo documento definito: «Piano integrato locale degli interventi per la pro-

mozione della salute». Questo è uno strumento efficace di programmazione e verifica delle attività di promozione della salute integrate promosse dall'AUSL in collaborazione con enti, istituzioni, associazioni, volontariato.

Tra gli elementi caratteristici del piano, fondamentale è la sua «plasticità» intesa come capacità di accogliere nuove proposte e progettazioni in linea con le valutazioni di contesto, di diagnosi locale, con conferma di priorità ed evidenze, rientranti a pieno diritto nella progettazione integrata.

Le attività di prevenzione realizzate dal Dipartimento cure primarie e continuità assistenziale per tramite dei medici di famiglia ed i relativi risultati troveranno evidenza nel report destinato ai cittadini.

In Veneto è stato abolito recentemente il Piano per le cure primarie e la programmazione strategica è definita dall'Azienda ULSS.

Accanto al Piano integrato locale era prevista l'adozione del Piano attuativo locale per le cure primarie, «finalizzato all'individuazione delle strategie aziendali per il conseguimento di obiettivi correlati alla gestione integrata dei pazienti ed alla continuità dell'assistenza, introdotti con gli Accordi Regionali per la medicina Convenzionata» (d.GR 4172/2008, allegato B, p. 3).

Come emerso in fase di intervista, «Il Piano attuativo locale per le cure primarie non esiste più» (Intervista Responsabile Regione Veneto), ed i suoi contenuti andranno a confluire nel nuovo Piano aziendale per lo sviluppo dell'assistenza primaria.

Una importante novità che il decreto per il piano Sociosanitario introduce è l'unificazione degli strumenti programmatori a livello aziendale nel Piano aziendale per lo sviluppo dell'assistenza primaria (ripreso anche nella delibera di Giunta regionale n. 1666/2011).

Uno degli indirizzi strategici fissati dalla regione mira quindi a unificare gli strumenti di programmazione, attraverso un processo di semplificazione e allineamento che individua nel Piano attuativo locale lo strumento unico di pianificazione, includente sia il Piano di zona che il Piano attuativo locale delle cure primarie (ddl. n. 15/2011, pssr 2012-2014, p. 98). L'obiettivo è di definire uno strumento di governo unitario delle politiche della salute. La scelta del Piano attuativo locale è inoltre dettata dalla sua uniformazione (anche in termini di durata e scadenza) al Piano sociale e sanitario regionale ed agli altri atti della programmazione regionale.

In sintesi, proprio come accade in Emilia Romagna, anche in Regione Veneto si sta cercando di unificare i vari strumenti della programmazione. Nel primo caso parte del socio-sanitario e sanitario confluisce nel Piano di zona divenuto Piano distrettuale per la salute e il benessere sociale; nel caso Veneto confluiscono nei Piani attuativi locali.

Nella Regione Emilia Romagna la programmazione socio-sanitaria av-

viene all'interno degli Uffici di piano, che sono presenti in ogni distretto. Le aree tematiche della programmazione sono quelle che riguardano i minori, l'inclusione sociale, la disabilità e la domiciliarità, anche se si stanno cercando forme di superamento dei target. La programmazione avviene in prima fase all'interno di gruppi di lavoro tecnici; le proposte vengono validate dall'Ufficio di piano, in cui vi sono rappresentanti di diverse istituzioni, e confezionate per il Comitato di distretto che è invece l'organo politico che definisce la programmazione (dove è presente il Direttore di distretto). Il Direttore del Dipartimento di cure primarie è presente nell'Ufficio di piano, e i collaboratori nei gruppi di lavoro tecnici; il Piano distrettuale salute e benessere quindi rappresenta lo strumento di programmazione distrettuale su tutti i fronti: sanitario territoriale, sociale nonché educativo.

Come si evince dal Piano sociale e sanitario regionale, questo documento, anch'esso di durata triennale, sostituisce il Piano sociale di zona rafforzandone il raccordo con i contenuti dell'atto di indirizzo triennale della Conferenza territoriale sociale e sanitaria in quanto:

- fa riferimento al profilo di comunità, comprensivo dell'analisi dei bisogni della popolazione del territorio;
- individua, in coerenza con l'atto triennale della Conferenza territoriale sociale e sanitaria, le priorità strategiche di salute e di benessere sociale nelle diverse aree d'intervento: sociale, socio-sanitaria, compresa l'area della non autosufficienza, sanitaria relativa ai servizi territoriali;
- definisce la programmazione finanziaria triennale relativa agli interventi sociali, sociosanitari e sanitari;
- specifica le integrazioni, e i relativi strumenti, con le politiche che concorrono a realizzare gli obiettivi di benessere sociale e salute individuati;
- verifica l'attuazione del programma di trasformazione degli Istituti pubblici di assistenza e beneficenza (IPAB) in Aziende di servizi alle persone (ASP) ed i risultati conseguiti rispetto a quelli attesi, nonché il suo eventuale adeguamento.

Il Piano di zona distrettuale per la salute e il benessere viene declinato annualmente in un documento: il Programma attuativo annuale (PAA) che sostituisce il vecchio Programma delle attività territoriali (PAT) del distretto, i programmi di azione dei piani per la salute, sostituendo il programma attuativo del piano sociale di zona. Nel dettaglio:

- specifica gli interventi di livello distrettuale in area sociale, socio-sanitaria, compreso il Piano annuale delle attività per la non autosufficienza, e sanitaria;
- individua le specifiche risorse che comuni, AUSL/distretto e pro-

- vincia impegnano per l'attuazione degli interventi;
- definisce, raccoglie ed approva progetti o programmi specifici d'integrazione con le politiche educative, della formazione e lavoro, della casa, dell'ambiente, della mobilità.

Dal momento che nel 2010 è scaduto il Piano sociale e sanitario regionale in Emilia Romagna, quest'ultima, fermo restando l'utilizzo del Piano distrettuale salute e benessere, sta dedicando la propria attività a promuovere nuove forme di partecipazione dei cittadini, del Terzo settore e della società civile in generale sul fronte delle decisioni programmatiche a superamento dei cosiddetti «tavoli».

In Toscana non è previsto un piano specifico per le cure primarie, né regionale né aziendale. A livello locale, alcuni aspetti di programmazione sono contenuti nel Piano integrato di salute. Per l'elaborazione di questo documento si costituiscono gruppi di lavoro integrati (composti da personale del comune e dell'AUSL, con la partecipazione di alcuni soggetti esterni) e incontri di consultazione con Terzo settore, associazionismo, rappresentanze sindacali.

A livello di zona-distretto, lo strumento di programmazione è rappresentato dal Piano integrato di salute (PIS), che costituisce l'unico piano locale di programmazione, sostituendo il Piano sociale di zona, così come è avvenuto in Emilia Romagna in cui il Piano distrettuale salute e benessere sociale ha sostituito il vecchio Piano di zona. Con il Piano integrato di salute infatti, si programmano le politiche sociali e socio-sanitarie e la loro connessione con i settori ambientali e territoriali, poiché influenti sulla salute della popolazione.

Il Piano integrato di salute viene approvato dalla Conferenza zonale dei sindaci (nelle zone-distretto che non hanno costituito Società della salute) o dall'assemblea dei soci delle Società della salute (novità introdotta nell'art. 26, co. 5 della l.r. n. 60/2008).

Il Piano integrato di salute è successivamente recepito dalle AUSL all'interno del Piano attuativo locale (art. 22, co. 2 della l.r. n. 40/2005), così come modificato dalla l.r. n. 60/2008:

Le conferenze aziendali dei sindaci, previo parere dei consigli comunali, formulano indirizzi per le aziende unità sanitarie locali per l'elaborazione del piano attuativo locale; le società della salute, o le conferenze zonali dei sindaci, contribuiscono altresì alla formulazione del piano attuativo locale, per le attività sanitarie e socio-sanitarie, attraverso i piani integrati di salute.

Entro 4 mesi dall'approvazione del nuovo Piano sanitario e sociale integrato regionale tutti gli ambiti zionali dovranno approvare i nuovi Piani integrati di salute, in mancanza dei quali non saranno attivabili i trasferimenti di risorse. Difatti, le Società della salute coinvolte nella

ricerca si sono già attivate per aggiornare il Profilo di salute del territorio, al fine di predisporre il nuovo Piano integrato di salute che riceverà il Piano integrato regionale in corso di approvazione.

Oltre alla meritoria volontà di integrazione dei comparti sociale e sanitario, il Piano integrato di salute appare come uno strumento aperto alla partecipazione della comunità e della società civile. Il Piano integrato di salute, difatti, viene predisposto in raccordo alle strutture organizzative competenti delle amministrazioni comunali interessate e attraverso la consultazione delle associazioni di volontariato e tutela, delle cooperative sociali e delle altre associazioni del Terzo settore.

A livello normativo, viene così attribuita una sorta di priorità alla programmazione territoriale predisposta all'interno delle Società della salute, in quanto l'azienda sanitaria è tenuta a recepire le indicazioni contenute nel Piano integrato di salute. Tuttavia, la programmazione locale riguarda unicamente il settore dei servizi sociali e socio-sanitari ad alta integrazione, mentre la programmazione delle cure primarie di tipo strettamente sanitario resta in capo all'azienda. Inoltre, emergono altresì alcuni problemi organizzativi a livello di rete territoriale.

Lo ribadiscono i Direttori delle Società della salute intervistati, i quali pur evidenziando gli aspetti positivi della programmazione locale, ne segnalano anche i limiti:

Tutto è rimasto incardinato nella direzione dell'AUSL. (Intervista Direttore Società della salute VI)

La parte della programmazione è la parte - tra virgolette - migliore, rispetto all'aspetto meramente gestionale. È chiaro che gli enti formalmente hanno aderito tutti, ma capisce che non c'è grande entusiasmo nel perdere questa parte e dire «io divento un soggetto gestore della programmazione che mi fanno altri». Allora forse sarebbe stato necessario introdurre degli elementi più vincolanti e dire che la programmazione che fa la società della salute diventa vincolante per gli enti aderenti al consorzio. Il che vuol dire che i comuni e l'azienda sanitaria, una volta che hanno deciso insieme nella sede assembleare e nella giunta della società della salute che cosa si programma, avrebbero dovuto recepire assolutamente questi indirizzi e adattare la loro programmazione a questi. Ciò non sempre avviene e in alcuni casi non avviene proprio. Faccio alcuni esempi: in questo ambito uno dei rapporti fondamentali dovrebbe essere con i medici di medicina generale. Come si fa a incidere su una tematica che è così delicata, forse fondamentale rispetto alla sanità territoriale se gli accordi vengono fatti a livello regionale e a livello aziendale. La società della salute che strumenti ha? Se io non posso indurre, rispetto a questi attori fondamentali, delle mie regole che cosa programmo rispetto a questo ambito? Se un comune stabilisce una retta sociale per una residenza sanitaria assistenziale, prevedendo una quota sociale differenziata solo per i cittadini del suo comune e diversa per tutti quelli

degli altri comuni, non torna questo ragionamento in una logica di rete. Questa è stata una problematica forte in tutta la fase di sperimentazione e che ancora non è stata sciolta in modo definitivo. (Intervista Direttore Società della salute VI)

Tuttavia, quanto meno su non autosufficienza e disabilità, la programmazione locale riesce ad essere incisiva rispetto alle scelte dell'azienda sanitaria, che mantiene comunque la titolarità delle strutture a gestione diretta o convenzionata:

La programmazione avviene nei limiti in cui ci sono delle risorse assegnate alle Società della salute, quasi esclusivamente in quel caso. Poi avviene anche su altri fronti, che comunque sono legati alla non autosufficienza e alla disabilità. L'azienda è tuttora titolare della convenzione con le strutture, a gestione diretta e a gestione convenzionata. La Direzione generale, che fa le convenzioni con le strutture, da alcuni anni, le fa in seguito ad un'investitura formale da parte delle due assemblee delle Società della salute. I volumi sono comunicati dalle due assemblee. Questo è un cambiamento rispetto al passato. (Intervista Direttore Società della salute VI)

In merito al rapporto con la medicina generale, come sopra detto gli accordi restano in capo all'azienda sanitaria, pur se la Società della salute svolge un ruolo non irrilevante di coordinamento ed interlocuzione con i medici di medicina generale e pediatri di libera scelta:

Il Direttore della società della salute partecipa sia al comitato dei pediatri, sia al comitato di medicina generale a livello aziendale. In quelle sedi, avviene un contatto importante, perché su alcune misure riusciamo a dialogare anche rispetto a certi obiettivi che l'azienda dà ai medici sul territorio. Avendo dato ai medici del territorio come obiettivo quello dell'associazionismo, con incentivi economici e con strumentazioni (ad esempio un software di raccolta dati unico per i medici). (Intervista Direttore Società della salute VI)

In Puglia esiste il Piano delle cure primarie ma questo non è stato redatto in tutti i distretti. In questa fase di transizione e di riqualificazione del Sistema sanitario regionale (e relativi impegni assunti dalla Regione Puglia), sono state individuate, altresì, alcune priorità attuative e strategiche relativamente alla programmazione sanitaria regionale, in coerenza con il Piano regionale di salute 2008-2010, con il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012, con il Programma operativo fondo europeo di sviluppo regionale 2007-2013 nonché con quanto previsto dalle norme in materia di finanza pubblica e di contenimento dei costi, e, infine, con gli interventi specifici previsti dal Piano di rientro e di riqualificazione del Sistema sanitario regionale per l'anno 2010 e per il triennio 2010-2012.



Le linee strategiche di impegno da sviluppare nella programmazione sono:

- attuazione degli interventi previsti dal Piano di rientro;
- contenimento e razionalizzazione della spesa mediante interventi sulla organizzazione delle aziende ed istituti, sull'impiego delle risorse umane, sulla razionalizzazione degli acquisti, sulla gestione economico-patrimoniale, sull'utilizzo delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione per il miglioramento organizzativo, l'efficienza e l'efficacia delle attività e delle prestazioni e per il contenimento dei costi;
- sviluppo dell'assistenza territoriale sanitaria e sociosanitaria, con particolare riferimento al potenziamento della rete consultoriale e delle Case della salute, alla realizzazione e alla funzionalizzazione delle strutture ambulatoriali, all'incremento dell'offerta di posti/utenti per le strutture e i servizi connessi ai livelli essenziali di assistenza sociosanitari (di cui all'Allegato 1c del d.m. 20.11.2001), così come declinati dal Piano regionale di salute, e nel rispetto delle quote di compartecipazione sanitaria;
- potenziamento della rete delle cure domiciliari sanitarie, sociosanitarie ed integrate a supporto della riduzione della ospedalizzazione e della istituzionalizzazione di pazienti affetti da patologie croniche e in condizioni di grave e persistente non autosufficienza; sviluppo di progetti tesi a mantenere/migliorare le condizioni di salute delle popolazioni, con particolare riferimento alla popolazione anziana, anche mediante lo sviluppo delle forme mature di associazionismo medico;
- potenziamento dei programmi di prevenzione e di screening nel rispetto dei limiti temporali previsti;
- miglioramento dell'accessibilità dei cittadini alle cure ed alle prestazioni, con l'implementazione della rete dei servizi di accesso e valutazione multidimensionale;<sup>2</sup>

2. Relativamente al «Processo operativo di presa in carico» si riportano alcuni dati attinenti il progetto regionale SINA (Sistema Informativo per la Non Autosufficienza).

Aspetti interessanti da evidenziare sono:

- alta disomogeneità nella modalità di accesso per la formulazione della domanda di prestazioni per la non autosufficienza da parte dei cittadini;
- diversità dei soggetti gestori della Porta unica d'accesso per distretto;
- differente ubicazione della sede Porta unica d'accesso;
- disomogeneità degli strumenti utilizzati per la valutazione e periodicità dell'utilizzo dello strumento stesso;
- quasi tutte le Unità di valutazione multidimensionale operative sono raccordate con il Comune/ambito territoriale;
- disomogeneità della periodicità delle convocazioni delle Unità di valutazione multidimensionale (anche all'interno della stessa AUSL).

- qualità, appropriatezza ed adeguatezza delle prestazioni;
- organizzazione del sistema di accettazione, urgenza e dell'emergenza urgenza regionale;
- sviluppo di progetti specifici volti alla qualificazione della rete di assistenza;
- potenziamento dei sistemi e degli strumenti di conoscenza e di accesso al sistema sanitario regionale, di informazione e comunicazione nonché di partecipazione attiva dei cittadini;
- investimenti in strutture, tecnologie e servizi sanitari e servizi sanitari territoriali coerenti con gli obiettivi di riordino della rete ospedaliera e di potenziamento dell'offerta sanitaria extraospedaliera negli stessi territori interessati.

L'attuazione di questi importanti obiettivi richiede necessariamente il potenziamento e la qualificazione dell'azione di governo da parte delle aziende sanitarie, quale terminale sul territorio delle politiche sanitarie della regione.

Il raggiungimento degli obiettivi definiti rientrano nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento alle linee strategiche rivolte alla efficienza, efficacia e funzionalità dei servizi sanitari.

#### 4. Gli attori delle cure primarie

Definire la natura e la quantità degli attori operanti a livello delle cure primarie significa inevitabilmente ricollegarsi concettualmente al modello organizzativo adottato nelle Regioni di riferimento, nonché al modello associativo presente in tali realtà. Queste dimensioni, altresì, si connettono piuttosto significativamente alla trasformazione generale del Sistema sanitario nazionale, sotto l'input pressante dei vincoli economici (si pensi alla necessità di contenere i costi in un periodo prolungato di crisi del Welfare (FOGLIETTA, TONIOLO 2012)), ma anche sociali (si pensi alla nuova tipologia di paziente-consumatore che sta emergendo e al suo progressivo *empowerment*), e ai conseguenti mutamenti a cui la professione medica sta andando incontro (CIPOLLA 2002 e 2006). Va detto, anzitutto, che l'orientamento mostrato nei diversi casi analizzati è quello di un percorso che tende a superare l'esercizio in modalità *solo practice* verso una pluralità di modelli associativi, spesso connessi ai modelli strutturali-organizzativi che le regioni mirano ad adottare nei propri sistemi sanitari, che a loro volta sono spesso improntati sull'integrazione tra diverse specialità e professionalità. Si tratta di un percorso che si colloca nel solco dell'evo-

luzione del Sistema sanitario nazionale: infatti, sebbene l'associazionismo comparve per la prima volta nel corso degli anni '80 a seguito della storica riforma 833/1978, con cui si istituiva il Servizio sanitario nazionale, è con la riforma *ter*, cosiddetta riforma Bindi del 1999, che prendeva piede una rivoluzione culturale in merito al ruolo del medico di base all'interno del Sistema sanitario nazionale stesso, il quale entrava a pieno titolo nell'organizzazione del distretto e vedeva l'assistenza primaria acquisire una inedita centralità rispetto alla medicina specialistica e all'ospedale (GIARELLI 2006). Questo percorso della medicina di base ha impattato sulla progressiva evoluzione da modalità semplici a strutture sempre più complesse nell'erogazione delle cure primarie, il che sta comportando, e comporterà sempre più, un ampliamento di figure ed attori coinvolti. Un esempio molto concreto è rappresentato dallo sviluppo delle Case della salute, già ampiamente radicato in Toscana o in Emilia Romagna, le quali rappresentano senz'altro un nuovo modello organizzativo e processuale attraverso cui la medicina di base si espliciterà e che, nel tentativo di costituire con esse il punto per eccellenza di soddisfazione di quella importante parte di domanda di salute proveniente dai cittadini che non necessita del livello ospedaliero, andrà per sua stessa natura a coinvolgere una pluralità di soggetti professionali. Il potenziamento del primo livello della medicina, e quindi l'alleggerimento del livello ospedaliero, che si configura come un trend trasversale alle regioni analizzate, comporta anche un elevato livello di integrazione che si estrinseca sia a livello inter- che intradipartimentale, configurando un sistema che, almeno sulla carta, mira a soddisfare i bisogni dei pazienti secondo un'ottica olistica e non settoriale. L'integrazione implica dunque la presenza di diversi attori professionali e la necessità di farli lavorare insieme, in un'ottica che trascende il semplice rapporto integrato tra ospedale e territorio, o tra il sociale e il sanitario, ma che implica l'individuazione di obiettivi comuni, la costruzione di progetti condivisi per favorire la partecipazione dei singoli professionisti che sono chiamati a modificare stili e consuetudini, anche culturali, oramai cristallizzate (PATIERNO 2006), seguendo un modello generale impostato sulla valorizzazione di logiche partecipative di governance del sistema che, proiettato all'individuazione di nuovi processi di regolazione, però spesso registra uno scostamento tra norma e prassi (BERTIN 2012; FOGLIETTA, TONIOLO 2012). Va riscontrato che, sebbene le regioni abbiano avviato strumenti formativi e partecipativi per agevolare questo percorso, il far lavorare diversi professionisti insieme dà inevitabilmente vita anche a non poche difficoltà, come testimoniato da alcune figure apicali dei sistemi sanitari regionali che sono state intervistate.

Partendo da queste premesse, possiamo analizzare le cinque regioni studiate, cogliendone peculiarità e similitudini.

Prendendo in esame il caso della Regione Toscana, pare rilevante sottolineare come essa abbia dato vita, nel corso degli ultimi anni, alla sperimentazione di varie aggregazioni strutturali denominate «moduli», prevalentemente dedicate ad affrontare le patologie croniche; tali realtà coinvolgono non solo i medici di medicina generale, ma anche infermieri ed operatori sociali, di provenienza aziendale, opportunamente formati ed assegnati funzionalmente ai moduli esistenti. È interessante notare come il sistema d'incentivi delineato dalla Regione Toscana in merito ai moduli è ispirato al principio del *pay for performance* di stampo anglosassone, in base al quale il raggiungimento degli obiettivi è valutato tenendo conto dei risultati complessivi del modulo. Al singolo medico, dove sia raggiunto l'obiettivo, è attribuita una quota individuale del risultato raggiunto dal modulo in rapporto agli assistiti in carico. Va notato, quindi, che l'incentivo non riguarda il numero di pazienti effettivamente arruolati nelle liste e nei percorsi diagnostici delle malattie croniche individuate, ma resta legato al numero totale degli assistiti. Il Direttore delle cure primarie dell'AUSL n. 10 ci permette di capire che questa evoluzione verso modelli più complessi avvenga non senza difficoltà: come egli stesso afferma,

Aggregare i medici per farli lavorare in un team, che noi chiamiamo modulo, non è stato facile. I medici non sono abituati. Se consideriamo le varie forme associative, ad esempio anche il gruppo, i medici stanno in una stessa sede, ma di fatto lavorano da soli. Un'altra difficoltà del modulo è che si deve scegliere un coordinatore fra i medici, che agisce da collante. Poi, si è trattato di far lavorare i medici con gli infermieri. In alcuni casi è stata un'esplosione di contrasti e di contraddizioni incredibili. Ci abbiamo messo tempo per fargli parlare lo stesso linguaggio. Anche perché era difficile per un dottore accettare che l'infermiere potesse avere un suo spazio professionale.

Il superamento dell'esercizio solitario della medicina di base avviene anche in Lombardia. Già il Piano sociale e sanitario regionale per il triennio 2002-2004 affermava la necessità di dare un nuovo impulso alle cure primarie tale da superare la gestione del singolo episodio clinico, in favore di un approccio integrato capace di gestire in modo globale la salute del cittadino. Partendo da queste premesse, la regione per mezzo della delibera di Giunta regionale 7 febbraio 2005 n. 7/20467, denominata «Progetto quadro per la sperimentazione di un modello organizzativo-gestionale per i gruppi di cure primarie in associazionismo evoluto ed integrato in attuazione del Piano sociale e sanitario regionale 2002-2004», ha avviato una sperimentazione triennale dei gruppi di cure primarie, intese quali unità elementari di offerta integrata di competenze mediche,

infermieristiche, riabilitative e specialistiche, proprio con lo scopo di offrire al paziente un set di attività ben più complesse rispetto a quelle previste dalle convenzioni fino a quel momento esistenti. Dal punto di vista degli attori coinvolti, pare interessante notare tuttavia una certa timidezza impositiva nel creare vincoli troppo stringenti ai medici dei gruppi; infatti, il progetto prevedeva che ogni gruppo di cure primarie avesse almeno 5 medici di medicina generale per erogare le prestazioni presso la sede centrale del gruppo per un ammontare pari ad almeno il 30% della loro attività complessiva, insieme a specialisti consulenti per il primo livello di diagnosi e cura; consentendo che il restante, e ben più consistente, 70% dell'attività di ciascun medico di famiglia del gruppo potesse essere eseguito presso i propri studi. A conferma della timidezza di cui sopra, risulta interessante evidenziare anche come le prestazioni di continuità assistenziale nelle ore notturne, durante i festivi e nei fine-settimana (che costituivano insieme alle prestazioni di medicina generale e a quelle specialistiche, l'obiettivo strategico che i gruppi erano chiamati ad offrire), dovessero essere coperte da collaborazioni specialistiche di medici esterni al gruppo e non da soggetti facenti parte del gruppo stesso.

Decisamente più imperativa è l'organizzazione delle cure primarie in Veneto, dove la produzione diretta delle attività della medicina di base spetta a due strutture complesse, la cui istituzione è obbligatoria in tutti i distretti: l'Unità operativa complessa cure primarie e l'Unità operativa complessa infanzia, adolescenza e famiglia. Data la presente organizzazione, nonché le competenze afferenti, risulta ben evidente quanto numerosi siano gli attori coinvolti nel settore. Basti pensare che all'Unità di cure primarie compete non solo la medicina di base, ma anche l'Unità valutativa multidimensionale, l'assistenza farmaceutica, l'assistenza domiciliare, l'assistenza protesica, l'assistenza specialistica ambulatoriale e l'assistenza residenziale extra-ospedaliera. E pare anche interessante notare che a fine 2011 su 3.395 medici di assistenza primaria, solo 608 lavoravano in modalità singola, mentre tutti gli altri in qualche forma associativa o integrata (cfr. Manuale operativo allegato alla delibera di Giunta regionale n. 1666/2011); tuttavia la Regione Veneto pare ancor più decisa in materia, dal momento che la delibera di Giunta regionale già citata ha deciso, sulla base delle sperimentazioni delle Unità territoriali di assistenza primaria (UTAP) e delle medicine di gruppo esistenti, di definire come unica modalità organizzativa adottabile quella della medicina di gruppo, a partire dal gennaio 2012 e pienamente a regime dal 2014. Con riferimento agli attori coinvolti, la medicina di gruppo integrata prevista dalla delibera di Giunta regionale 1666/2011, avvalendosi di risorse messe a disposizione dal distretto e dalle amministrazioni comunali, si

fonda sul lavoro multi-professionale in cui sono coinvolti medici, specialisti, infermieri, assistenti sociali, amministrativi, divenendo in questo modo il luogo privilegiato per l'integrazione socio-sanitaria.

In Emilia-Romagna, l'unità operativa che concretizza il sistema delle cure primarie secondo un'ottica di rete sono i Nuclei di cure primarie; questi, attraverso l'azione congiunta di una pluralità di attori, quali medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, infermieri, specialisti territoriali, ostetriche ed operatori socio-assistenziali, rendono appunto possibile lo sviluppo del modello di reti integrate, finalizzato a rispondere alle diverse esigenze assistenziali sanitarie e sociali dei cittadini. I Nuclei di cure primarie sono le unità organizzative di base del sistema delle cure primarie, ne sono il fulcro del modello organizzativo, e costituiscono il luogo privilegiato per perseguire gli obiettivi di continuità assistenziale, integrazione delle attività territoriali, governo clinico in relazione agli obiettivi di salute, miglioramento della qualità assistenziale attraverso linee guida, *audit* clinico e formazione specifica. La valorizzazione delle figure professionali non mediche, quali quella infermieristica ed ostetrica, è prevista nello specifico dal Piano sanitario regionale per il triennio 2008-2010, il quale proprio nella crescita di tali figure vede la base dello sviluppo delle cure primarie e dei nuclei stessi, e conseguentemente la possibilità di consolidare una modalità organizzativo-funzionale basata sulla responsabilità professionale, correlata al bisogno assistenziale prevalente nelle diverse fasi del processo assistenziale. Valorizzazione della figura infermieristica che si rileva anche nella decisione di affidare, per mezzo della delibera di Giunta regionale n. 2011/2007, il Punto unico d'accesso (PUA) alla gestione di una figura infermieristica, che non si esprime solo in merito alla valutazione del bisogno di assistenza, ma considera anche il tipo di risposta necessaria, sulla base di un giudizio di appropriatezza. In base a questo disegno, compete alla figura infermieristica, quindi, assicurare che:

- i pazienti con patologie croniche fruiscano di una presa in carico multi-professionale e di una adeguata educazione terapeutica;
- si identifichino puntualmente i presidi ed ausili collegati alla patologia cronica, con la conseguente attività di addestramento e di educazione ai familiari e al paziente;
- si sviluppino adeguatamente le attività infermieristiche ambulatoriali.

Inoltre, nell'architettura sanitaria e socio-sanitaria emiliano-romagnola si presenta anche una profonda revisione organizzativa delle attività specialistiche ambulatoriali, denominata Nuova organizzazione ambulatoriale (NOA), nella quale va scomparendo la figura dell'infermiere ancillare, che viene riqualificata attraverso l'assegnazione di alcuni

esclusivi compiti di responsabilità afferenti alla gestione delle condizioni di accesso e presa in carico del paziente, alla esecuzione di alcune prestazioni strumentali (ad esempio le ecografie), alla costruzione di percorsi facilitati di approfondimento diagnostico, ecc.

Di integrazione e aggregazione multi-professionale si parla anche nella Regione Puglia, in continuità, pur nella variabilità locale, con le altre esperienze riportate. Il livello di integrazione a cui mira la regione si evince già dal nome del Dipartimento che presiede a questo ambito: struttura complessa cure primarie e intermedie che fa capo a diverse strutture semplici di natura più settoriale. Nel complesso, il sistema pugliese si incentra maggiormente sulla figura del medico, al contrario per esempio di quello romagnolo che tende a puntare di più sulla figura infermieristica. Aldilà di queste differenze, vi è da notare come il sistema pugliese miri a perseguire l'integrazione tra le diverse figure mediche costruendo un modello caratterizzato dalla partecipazione sistematica e continuativa dei medici di medicina generale a programmi di *audit* clinico e alla elaborazione di percorsi diagnostico-terapeutici in collaborazione con gli specialisti ambulatoriali ed ospedalieri, al fine di curarne i criteri di invio e l'ordine di priorità per l'utilizzo dell'assistenza specialistica ambulatoriale, l'appropriatezza dei ricoveri e la tempestività della dimissione, disegnandone il percorso di cura del paziente. In quell'intreccio tra attori coinvolti e associazionismo esistente cui si accennava a inizio paragrafo, si nota che mentre nelle forme associazionistiche semplici presenti in Puglia, e cioè gruppo, reti e associazioni semplici, le figure prioritarie sono afferenti alla medicina id base, in quelle più complesse, e cioè super gruppo, super rete e centri polifunzionali territoriali, vi lavorano anche infermieri e amministrativi. Il carico economico di questi ultimi soggetti, essendo alle dipendenze dei medici stessi, è parzialmente stemperato dalla regione.

Riassumendo, per offrire un'idea della quantità e varietà di attori presenti nelle cure primarie emiliano-romagnole, aldilà di quelli ampiamente trattati, il Direttore del Dipartimento di cure primarie dell'AUSL di Ferrara, ha elencato le seguenti figure:

Vi sono medici di organizzazione, specialisti, psicologi, geriatri, sociologi, infermieri, ostetriche, logopedisti, assistenti sanitari, operatori socio-sanitari (ooss). Non ho fisioterapisti, che fanno parte dell'equipe dell'area fisiatria dei reparti ospedalieri e quindi afferiscono al presidio ospedaliero.

La quantità di attori coinvolti nell'esercizio ed erogazione delle cure primarie, come già si accennava ad inizio paragrafo, aumenta considerevolmente con le Case della salute, rappresentando queste un livello di complessità strutturale ed organizzativa decisamente elevato. Nella Re-

gione Toscana, infatti, volendo appunto rendere questa struttura il perno della sanità regionale, sono previsti oltre agli ambulatori dei medici di medicina generale, anche gli ambulatori della medicina specialistica, la guardia medica, il centro unico prenotazioni (CUP), il consultorio, il punto prelievi, il punto insieme, gli operatori della prevenzione, i servizi sociali, il servizio per le dipendenze, e persino le associazioni di volontariato. Il che, come si può capire, aumenta notevolmente le professionalità mediche ed infermieristiche, nonché i ruoli amministrativi e di mobilità. In Emilia Romagna, aspetti cruciali quali continuità assistenziale, gestione delle liste di attesa, appropriatezza dell'offerta di servizi sanitari, sociali e socio-sanitari, organizzazione della medicina generale e della specialistica ambulatoriale, nuova figura infermieristica e integrazione multi-professionale trovano tutto lo spazio all'interno dell'innovativo progetto denominato Casa della salute e che in Emilia-Romagna si sta implementando da qualche anno a questa parte, con una progettualità tale da impattare significativamente sull'intero assetto sanitario e socio-sanitario distrettuale.

##### *5. Le cure primarie nella presa in carico dei pazienti cronici. Il caso del diabete nelle cinque Regioni studiate*

Già più di vent'anni fa alcuni autori rilevavano come il sistema sociale nel suo complesso, e sanitario nello specifico, fosse vincolato da certi cosiddetti mega-trends, tra cui veniva elencata la crescente incidenza delle malattie cronic-degenerative, stimando che all'epoca il 50% delle consultazioni nella medicina di base e l'80% delle ammissioni negli ospedali avesse a che fare con questo tipo di patologia (DONATI 1989). Stando ai dati esposti dal sito [www.diabeteitalia.it](http://www.diabeteitalia.it) (2012/05/22), sorto per iniziativa delle società Scientifiche di Diabetologia (Associazione medici Diabetologi - AMD e società Italiana di Diabetologia - SID), emerge come nel nostro Paese circa il 6,5% della popolazione, corrispondente a circa quattro milioni di persone, sia affetto da diabete di tipo 2, mentre altre 250 mila persone siano affette dal tipo 1. Ciò rende la presa in carico dei pazienti cronici da parte del sistema sanitario una priorità ineludibile a livello nazionale. Ed, infatti, tutte e cinque le regioni studiate nella presente ricerca adottano opportune strategie all'uopo. La realizzazione di tale obiettivo trova un panorama tutt'altro che uniforme, per quanto, come si nota, esso avvenga tendenzialmente attraverso percorsi sperimentali che poggiano le loro basi su linee guida formalizzate relative ai parametri fissati per la patologia.

Nell'accingersi a descrivere più analiticamente le varie realtà, e le



proprie peculiarità, vale la pena sottolineare almeno tre similitudini riscontrate trasversalmente. Possiamo anzitutto rilevare come in tutte le regioni analizzate la presa in carico dei pazienti diabetici avvenga tramite l'attivazione di determinati progetti sperimentali. Il secondo tratto comune di tutte le realtà analizzate è costituito dalla compresenza del percorso terapeutico e di un percorso educativo-informativo circa la propria patologia e gli stili di vita più appropriati al paziente diabetico al fine di evitare il degenerare della malattia stessa. Il terzo tratto comune, e che evidentemente non interessa meramente la patologia in questione, ma che coinvolge l'intero assetto del sistema sanitario italiano, è il processo di «territorializzazione» che nello specifico avviene o attraverso la consegna dei pazienti diabetici sempre più alla medicina di base, salvo i casi di soggetti gravi o scompensati che continuano ad essere seguiti dai centri specializzati, o all'individuazione di strutture decentrate. Rispetto a quest'ultimo punto, si può evidenziare come la medicina di base sia stata eretta a ricoprire un ruolo centrale nella gestione del paziente cronico diabetico sia in Emilia-Romagna che in Puglia; in Toscana e in Lombardia le figure della medicina di base e quella specialistica lavorano sostanzialmente in collaborazione e sinergia a un livello paritetico; mentre, infine, l'unica eccezione sembra essere rappresentata dalla Regione Veneto, la cui struttura precipua resta l'unità specialistica.

Entrando nello specifico regionale, in Toscana, la presa in carico dei pazienti diabetici avviene per mezzo di un progetto regionale denominato *chronic care model*, dopo la formalizzazione da parte del Consiglio sanitario regionale toscano avvenuta nel 2009. Si tratta di una sperimentazione della sanità d'iniziativa che prevede il coinvolgimento dei medici di medicina generale, aggregati nei moduli, chiamati ad arruolare tra i propri assistiti le persone affette dalla patologia in oggetto, avviandoli, una volta ottenuto il consenso, nei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali previsti per diabete. Il fulcro del progetto risiede nel fatto che l'assistenza viene offerta in maniera paritetica dal medico di medicina generale, dallo specialista diabetologico e da tutte le altre figure professionali coinvolte nel modello, quali possono essere il medico di comunità e l'infermiere. La struttura organizzativa sperimentata all'uopo è denominata «modulo di sanità d'iniziativa», il quale consiste in un team multi-professionale, sorto precisamente per tradurre in maniera pratica ed operativa gli obiettivi delineati dal *chronic care model*. I medici di medicina generale che scelgono di aderire ad un modulo hanno il compito di individuare tra i propri assistiti quelli affetti dalle varie patologie croniche, tra cui il diabete, e di reclutarli nel percorso previsto nell'ambito dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali specifici per la patologia in questione, che pubblicati nel 2009, sono stati succes-

sivamente aggiornati in ogni AUSL. Tali percorsi contengono i controlli periodici differenziati in base al rischio individuale, in occasione dei quali viene eseguito il *counselling* e il supporto al *self management*. In tutti i moduli è stata posta particolare attenzione al *counselling* individuale e di gruppo, finalizzato all'aumento della consapevolezza e all'auto-cura del paziente. Il modulo è dunque formato da un team multi-professionale proattivo, che costituisce il riferimento clinico per la persona, ed organizzativo per il sistema dei servizi e che al 2012 coinvolge nel complesso di 93 moduli oltre novecento medici di medicina generale che servono più di un milione di cittadini, e cioè un terzo dei residenti.

Anche la Regione Lombardia adotta la tipologia della sperimentazione per far fronte alla domanda di assistenza dei pazienti diabetici. La ricerca svolta in questa regione ha evidenziato anche la non uniformità di azione tra le diverse AUSL; infatti, l'analisi dell'esperienza dell'AUSL di Lecco è stata suggerita dal Direttore generale della Sanità della regione Lombardia, essendo questa una delle sei complessive realtà aziendali che, all'interno di tutta la regione, ha adottato la sperimentazione del progetto *Chronic related group* (CREG). Quest'ultima è una modalità di presa in carico dei pazienti, in verità non solo diabetici, con cui le aziende che la adottano sono chiamate a garantire tutti i servizi extra-ospedalieri necessari per una buona gestione clinico-organizzativa delle varie patologie croniche. Essa prevede altresì la dotazione anticipata di una quota predefinita di risorse e prevede un sistema di raccolta dati, linee guida per identificare i bisogni di cura più appropriati, con un approccio molto simile, pertanto, a quello del sistema di pagamento per *diagnostic related group* (DRG). Una volta definite dalla regione le tariffe, attraverso un proprio decreto, e selezionato i pazienti cronici per ambito patologico, le AUSL (nel caso specifico, appunto, quella di Lecco) può procedere con un bando per individuare i soggetti *providers* che siano a supporto dei professionisti (*call center, first e second option*) e che insieme ai medici di medicina generale, denominati *players*, costituiscano i percorsi di *follow-up* dei pazienti cronici selezionati nel territorio di competenza dell'AUSL in questione. Il progetto intende inoltre dirigere la propria offerta formativa non solo verso i pazienti diabetici, ma anche verso i medici di medicina generale che svolgono tale attività di presa in carico, in un'ottica di uniformità comunicativa. Attraverso di esso, nel corso del 2012, si intende valutare se i pazienti affetti da diabete di tipo 2 avranno evidenziato risultati migliori nel controllo della propria patologia rispetto al gruppo di controllo, costituito da quei pazienti che seguono le normali procedure ordinarie già in uso.

In Emilia Romagna l'intera popolazione dei malati affetti da diabete, sia insulino-dipendenti che pazienti di tipo 2, viene presa in carico dal

sistema. Come confermato dal Direttore di distretto di Ferrara Sud-Est, tutti i pazienti «diabetici insulino-dipendenti, in tutte le loro complessità (parametri vitali, glicemia, fino alla distribuzione diretta di tutti i farmaci e i presidi necessari), sono presi in carico dai centri anti-diabetici (centro antidiabetico), un'articolazione della medicina specialistica territoriale che nella nostra azienda vengono gestiti in maniera omogenea da un responsabile del centro antidiabetico, che coordina sia personale medico (diabetologi) che infermieristico». Nei due distretti esaminati, Faenza e Ferrara, tale presa in carico avviene, tuttavia, in maniera diversa, a conferma ulteriore dell'assenza di una strategia uniforme non solo a livello nazionale bensì anche in ambito regionale. Succintamente, a Ferrara sono previsti due percorsi differenti a seconda della tipologia patologica. Ai centri anti-diabetici sono assegnati sia i pazienti insulino-dipendenti che i pazienti non insulino-dipendenti scompensati, e cioè instabili, mentre ai medici di medicina generale compete la cura di tutti i pazienti affetti da diabete di tipo 2, avendo questi ultimi una minor complessità. Questo assetto è stato impostato recentemente, dal momento che fino a soli pochi anni fa tutti i pazienti diabetici erano seguiti dai centri anti-diabetici. Con questo sistema,

Il medico di famiglia individua il paziente diabetico, in base agli esami che fa (risultato della glicemia uguale o superiore a 126 nel giro di tre mesi); a quel punto il medico invia il paziente al centro anti-diabetici che lo prende in carico e lo inquadra; una volta inquadrato lo dimette con la relativa prescrizione terapeutica lo passa di nuovo al medico di famiglia. Questo può, nel tempo, rimandarlo per controlli al centro anti-diabetico e, se modifica la terapia, solitamente lo fa in accordo con il centro anti-diabetico. (Intervista coordinatore dei medici di medicina generale dell'AUSL di Ferrara).

Il medico di medicina generale prende, dunque, in carico il paziente così dimesso dal centro anti-diabetico, comunicandolo alla propria azienda. Ovviamente, in un contesto istituzionale di gestione integrata, nel caso in cui la salute di un paziente peggiori, questi viene nuovamente inviato al centro anti-diabetico dal proprio medico di famiglia. Nel corso degli ultimi anni, l'AUSL di Ferrara ha anche proceduto ad un'importante innovazione, consistente nella nuova organizzazione ambulatoriale, con cui l'azienda ha riorganizzato l'attività poliambulatoriale, fondandola sulla figura dell'infermiere quale risorsa attiva e non mero elemento di supporto al medico. In particolare, il modello è stato implementato per far fronte alle necessità dei pazienti affetti da patologie croniche (diabete, bronco-pneumo-spasmo, scompenso cardiaco) e prevede che l'infermiere sia il punto di accoglienza, e cioè l'attore che gestisce le priorità all'interno dei percorsi clinici previsti.

Il medico di famiglia riceve una quota capitaria per ogni paziente diabetico preso in carico, in una cornice in cui l'azienda ne monitorizza l'attività di «presa in carico», attraverso tutta una serie di criteri stabiliti. L'accordo locale tra azienda e medici di medicina generale, alla base di questo nuovo assetto di conferimento dei pazienti diabetici di tipo 2 ai medici di medicina generale, prevede non solo la quantità di diabetici in carico a ciascun medico, ma anche un fattore prognostico-qualitativo; cioè, i medici di medicina generale devono mantenere quei pazienti all'interno di determinati parametri clinici che permettono una gestione efficace e senza rischi anche a domicilio. Attraverso percorsi preferenziali, inoltre, il progetto prevede una visita cardiologica all'anno. Il Direttore del dipartimento delle cure primarie ha specificato che tutti «i controlli sono previsti dal protocollo; almeno 2 volte all'anno l'emoglobina glicata, almeno una volta all'anno controllo elettrocardiogramma ed eventualmente la visita cardiologia [...] la parte clinica è prevista dal protocollo. Poi, vi sono gli esami del sangue. I medici di medicina generale devono chiamare i propri pazienti in ambulatorio per fare questi controlli, secondo una programmazione da lui stesso pianificata».

Il vantaggio della presa in carico di tutti i pazienti diabetici all'interno dell'intera AUSL di Ferrara (non solo nel distretto) è stato documentato dalla regione stessa: Il Direttore del dipartimento delle cure primarie ferrarese, infatti, sostiene che «i dati che la regione ha inviato fino all'anno scorso (2010) davano degli indicatori diretti, tipo riduzione dei ricoveri per complicanze, ecc., esprimendo un buon livello da quando è subentrata la gestione integrata. Erano dati molto confortanti. Aver sensibilizzato e preparato i medici di medicina generale ha portato a prevenire complicanze che derivano da un cattivo controllo della malattia.»

A Faenza, invece, l'impostazione è diversa, nel senso che parte molto di più dalla libertà di scelta del paziente. Infatti, dall'intervista con il coordinatore medico del distretto faentino è emerso che sono presi in carico tutto i diabetici insulino-dipendenti che scelgono di essere seguiti dal proprio medico di medicina generale (pari a circa il 90% della popolazione diabetica complessiva), pur rimanendo una parte residua di pazienti che sceglie di essere seguita direttamente dal centro antidiabetico. I medici di medicina generale che prendono in carico i pazienti diabetici lo fanno attivando la medicina di iniziativa (sulla quale sono sottoposti alla valutazione delle prestazioni) offrendo diversi servizi ai propri assistiti. Il rapporto con il centro antidiabetico, a detta del medico coordinatore, avviene soprattutto telefonicamente tra il medico di medicina generale e lo specialista. Questa tipologia di rapporto offre un duplice vantaggio: da un lato, permette al paziente di avere un unico punto di riferimento e di non doversi spostare per raggiungere il centro specialistico, che

a volte è assai lontano dalla propria residenza; dall'altro, permette al medico di medicina generale di avere sotto controllo il proprio paziente, seguendo un approccio a 360°, e quindi meno settoriale.

Un'altra regione che valorizza in particolar modo la medicina di base sia nella figura del medico che in quella dell'infermiere *care-manager*, è la Puglia, la quale attraverso la sperimentazione innovativa del «Progetto Nardino» gestisce l'accesso e la dimissione dei pazienti affetti da patologie croniche. Il progetto, attualmente in fase di attuazione nei due distretti esaminati in questa regione, e cioè quelli di Campi Salentina (dell'AUSL di Lecce) e di Canosa (dell'AUSL di Barletta-Andria-Trani), prevede l'implementazione del *Chronic Care Model* nella presa in carico del paziente cronico nell'ambito delle cure primarie, incentrato sull'individuazione dei compiti assistenziali dei diversi professionisti coinvolti e sulla forte integrazione tra di essi attraverso momenti istituzionalizzati di comunicazione. La valorizzazione della figura del medico di base si evince dal fatto che esso presiede ai passaggi fondamentali che costituiscono il programma, governandoli e supervisionando tutti gli operatori che collaborano con lui alla gestione del percorso, in un contesto nel quale allo specialista diabetologo è assegnato un ruolo di collaborazione e consulenza al medico di base e non di leadership. I passaggi previsti sono sette e precisamente sono i seguenti:

- verifica dei criteri di inclusione ed esclusione, arruolamento;
- valutazione del paziente: verifica dello stato di salute del paziente e stratificazione del livello di gravità della patologia;
- definizione degli obiettivi di salute: gli obiettivi sono costruiti sulla base di raccomandazioni cliniche tratte da una attenta analisi della letteratura;
- impostazione e sviluppo del Piano di salute personalizzato: oltre al Piano clinico terapeutico, il Piano di salute è composto anche dal Piano assistenziale, cioè da quell'insieme di attività ritenute necessarie per il raggiungimento degli obiettivi di salute;
- monitoraggio e valutazione della corretta attuazione del Piano di salute;
- formazione del paziente;
- ricorso appropriato ai servizi.

L'attuazione del progetto si connette intimamente alla capacità di realizzare, nell'ambito della medicina primaria, una struttura organizzativa fondata sulla medicina associativa in quanto sede privilegiata per l'implementazione di un modello di *disease and care management* e capace di garantire più efficacemente aspetti quali l'assistenza continuativa nell'arco delle 10/12 ore giornaliere, nonché l'integrazione tra le diverse figure professionali finalizzate alla miglior gestione delle condizioni

relative alla patologia cronica. Altro aspetto fondamentale per la buona riuscita del progetto è costituito dal servizio infermieristico distrettuale, in quanto contribuisce alla presa in carico olistica del paziente con patologia cronica, svolgendo le funzioni di:

- garantire la continuità delle cure e delle pratiche assistenziali integrandosi con tutte le professionalità che assicurano la presa in carico dell'utente;
- favorire l'integrazione dei diversi percorsi di cura ed educativi;
- promuovere, realizzare e valorizzare nuovi modelli organizzativi, assistenziali e programmi di attività, orientati a favorire la centralità del paziente;
- collaborare all'individuazione dei bisogni formativi e di aggiornamento del personale infermieristico seguendo costantemente l'andamento e la verifica dei risultati raggiunti.

Dal punto di vista operativo esistono due modalità di individuazione e reclutamento dei pazienti: o attraverso i medici di medicina generale, in seguito a screening in occasione di ordinarie visite ambulatoriali; oppure attraverso i medici specialisti nel caso in cui i pazienti si rivolgano direttamente a questi ultimi, i quali debbono comunque segnalare il caso ai rispettivi medici di medicina generale. Una volta individuato il paziente, il medico di famiglia presenterà il paziente all'infermiere care-manager, con cui condividerà i dati fondamentali.

L'esperienza della Regione Veneto si pone invece in discontinuità rispetto alla consegna dei pazienti alla medicina di base evinta dagli altri casi regionali. Infatti, in questa regione, esistono delle apposite Unità Operative, sia complesse che semplici. Nell'AULSS n. 16 (Padova) esiste una Unità complessa di «diabetologia, dietetica e nutrizione clinica», a direzione universitaria, la cui attività viene svolta presso una sede centrale e 9 strutture di riferimento presso le sedi distrettuali e il presidio ospedaliero, sia da personale medico che da personale universitario. All'interno della struttura centrale esistono ambulatori specifici per il *follow-up* delle donne in gravidanza con diabete gestazionale e pregestazionale; per la diagnosi e il trattamento della disfunzione erettile; per la diagnosi della neuropatia autonoma e periferica; per la prevenzione e cura del piede diabetico; per l'angiologia e la diagnostica vascolare; per l'esame del fondo dell'occhio; per la dietetica e la nutrizione. Nell'AULSS n. 4 (Alto Vicentino) esiste, invece, una Unità operativa semplice di diabetologia e endocrinologia, a valenza dipartimentale, all'interno della quale si trovano diversi ambulatori specifici.

Rispetto ai collegamenti con il territorio, risulta interessante l'esperienza dell'AULSS 16, che prevede la presenza una volta a settimana di un medico e di un infermiere dedicato, esperto in diabetologia, del servizio

di diabetologia presso le sedi distrettuali (presso alcuni distretti la presenza del medico è assicurata anche due volte a settimana mentre nel distretto n. 6, dallo scorso mese di luglio, esso è presente 4 volte). In questi ambulatori periferici, si segue sia l'accoglimento dei pazienti diabetici neo-diagnosticati, sia tutta l'attività di controllo. In due distretti, il n. 5 e il n. 6, di questa AULSS è previsto l'avvio di un progetto sperimentale di gestione integrata che coinvolgerà i medici di medicina generale, in base al quale questi ultimi si impegneranno a fare lo screening «del diabete sulla popolazione, e inviarc i neo diagnosticati, che noi poi rimandiamo al medico in maniera ben definita, dicendogli quando lo dobbiamo vedere (pazienti non complicati li vedremo una volta l'anno; pazienti complicati con una frequenza maggiore, con l'obiettivo di migliorare alcuni *outcome* e il controllo glicemico)» (Intervista Responsabile Unità operativa complessa diabetologia AULSS 16).

Il percorso di accesso del paziente diabetico alla struttura prevede l'accoglimento del paziente in accettazione, poi l'accesso agli ambulatori infermieristici in cui vengono effettuati i controlli di routine (misurazione della glicemia, controllo della pressione, ecc). L'infermiere inoltre è incaricato della promozione di un corretto stile di vita. Il paziente accede, quindi, alla visita specialistica con il medico, e se necessario anche con il dietista che imposta lo schema alimentare. Infine, il medico prepara una lettera da consegnare al medico di base, in cui spiega le condizioni del paziente, e congiuntamente viene stabilita assieme al medico di base la terapia di controllo. Da quanto descritto finora e dall'esposizione di questo percorso di presa in carico, emerge chiaramente come il ruolo fondamentale sia giocato precipuamente della struttura specialistica, e solo in seconda battuta, con un accento decisamente più marginale, dal medico di medicina generale, al quale non viene riconosciuto quel ruolo preminente di gestione, almeno dei casi meno complessi e non scompensati, che si trova in altre regioni, quali l'Emilia-Romagna. E a conferma di ciò, va sottolineato che la discriminante nella presa in carico è costituita dalla complessità della situazione del paziente tale da necessitare l'attivazione di una presa in carico specialistica multi-professionale; in quest'ultimo caso, dunque, non viene coinvolto solamente il centro specialistico, ma si attiva una vera e propria Unità di valutazione multidimensionale che mette in campo diversi specialisti. Un esempio può essere dato dal caso delle pazienti diabetiche in gravidanza, rispetto al quale si assiste ad una collaborazione che vede la costituzione di un team multi-professionale che coinvolge diabetologi, ginecologi, ostetriche e consultori. Viene garantito il *follow-up* della gravidanza con diabete gestazionale e pre-gestazionale. La donna viene inviata dal proprio ginecologo (solitamente si tratta dei consultori familiari) al servizio diabeto-

logia per una visita da parte del dietologo e dal dietista che stabiliscono il percorso di controllo. Alla fine della gravidanza, verranno avvertiti sia le ostetriche che il neonatologo per il parto, che il medico di medicina generale per quanto concerne il *follow-up* post-parto. Lo stesso percorso di stretta integrazione tra unità di diabetologia, ginecologia ed ostetricia delle cliniche ospedaliere e medico di base, è previsto per le donne con diabete pre-gestazionale.

Al termine dell'esame dei singoli modelli regionali, vale la pena provare ad individuare uno schema riassuntivo relativo ai principali processi innovativi riscontrati, per consentire una visione d'insieme e sottolineare peculiarità e criticità. Va ben evidenziato che le sperimentazioni riportate costituiscono progetti implementati non a livello regionale in maniera uniforme e condivisa, ma solo in alcune AUSL, e spesso solamente entro alcuni distretti delle medesime. Ciò è importante da sottolineare perché rende ancor più evidente la tendenza non solo verso una «regionalizzazione» del nostro sistema sanitario, bensì addirittura verso una «iper-atomizzazione»: che ci pone di fronte ad una realtà profondamente connotata da una fisionomia a macchia di leopardo nella quale, dunque, alla fine l'unità fondamentale non è né la regione né l'AUSL, che pur mantengono un elevatissimo livello di potere politico e organizzativo, ma il distretto, che può essere protagonista di innovazione.

Tab. 2 - Innovazioni nella presa in carico dei pazienti con diabete: punti di forza e criticità

| Regione        | Progetto                                 | Attori fondamentali  | Punti di forza   | Criticità  |
|----------------|--|--|--|--|
| Emilia-Romagna | Nuova Organizzazione Ambulatoriale (NOA) | Medici di medicina generale, infermiere care manager, centro antidiabetico (Centro anti-diabetico) | Permette la presa in carico di tutti i pazienti con diabete sia di tipo 1 che di tipo 2 sull'intero territorio; elevato livello di formalizzazione raggiunto; ottima territorializzazione (presso ciascun medico di medicina generale) | Necessità di forte integrazione tra medici di medicina generale, centro antidiabetico e infermiere care manager, con chiara ripartizione di responsabilità e ruoli |



|           |  |   |   |   |
|-----------|--|---|---|---|
| Lombardia | Chronic Related Group (CREG)                           | Medici di medicina generale   | Mira a garantire tutti i servizi extra-ospedalieri; ha un sistema di raccolta dati e linee-guida per identificare i bisogni di cura più appropriati | Fondandosi sulla libertà del paziente, non garantisce la presa in carico di tutti i pazienti diabetici  |
| Puglia    | Progetto Nardino (applicazione del Chronic Care Model) | Medici di medicina generale (lo specialista ha un mero ruolo « consulente »), infermiere care-manager | Presa in carico olistica del paziente, comprensiva di formazione al paziente e di monitoraggio della corretta applicazione del piano di salute      | Ancora in fase attuativa; necessita della capacità di realizzare, nell'ambito della medicina primaria, una struttura organizzativa fondata sulla medicina associativa per garantire la copertura oraria (10/12h), nonché di forte integrazione tra medici di medicina generale, specialista-consulente e infermiere con definizione di responsabilità |
| Toscana   | Chronic Care Model                                     | In maniera paritetica medici di medicina generale, specialista e altre figure professionali           | Team multi-professionale proattivo che costituisce il riferimento clinico per la persona  | Necessità di forte integrazione tra i vari attori e chiara ripartizione di responsabilità e ruoli; non garantisce la presa in carico di tutti i pazienti (che debbono aderire liberamente)  |

---

|        |                    |  |   |  |
|--------|--------------------|--|---|--|
| Veneto | Gestione integrata | Specialista, medici di medicina generale, infermiere | Presa in carico di tutti i pazienti con diabete di tipo 1 e 2; buon collegamento con il territorio (garantendo la presenza di uno specialista e un infermiere esperto ¾ volte a settimana presso le sedi distrettuali); capacità di gestire le complessità (UVMD) | Scarsa valorizzazione del medici di medicina generale; il soggetto preminente è comunque sempre l'unità complessa o Semplice di Diabetologia |
|--------|--------------------|--|---|--|

---

### Conclusioni

Nel contesto generale delle cure primarie è possibile affermare che per quanto istituzioni e attori siano presenti in tutti i territori esaminati, le notevoli differenze delineano un andamento del tutto differente. Anche le *vision* e le *mission* regionali, seppur mostrano finalità simili, hanno delle profonde differenze: i metodi utilizzati e i programmi adottati cambiano al cambiare del contesto. Si pensi al caso delle regioni Emilia Romagna e Veneto che stanno cercando di limitare il proliferare di nuovi attori e nuovi strumenti e si pensi al caso toscano dove si è creata la Società della Salute, ulteriore sede di programmazione del socio-sanitario. Una ulteriore difficoltà si è riscontrata nello stabilire cosa sono i Dipartimenti di cure primarie e cosa fanno a causa della scarsità di informazioni, ma non solo, anche a causa della posizione gerarchica a cavallo tra il distretto, sede della programmazione territoriale e l'operatività delle singole associazioni dei medici. Inoltre esistono «casi particolari» e, come richiamato precedentemente, anche all'interno delle singole regioni esistono realtà che rendono difficile la comparazione ad esempio in Emilia Romagna, tra Ferrara, in cui il Dipartimento di cure primarie taglia trasversalmente tutti i distretti, e Faenza, dove ogni singolo distretto ha il suo Dipartimento delle cure primarie; o come il caso della programmazione delle cure primarie assente in Lombardia, ma con un caso eccezionale riscontrabile a Bergamo. D'altra parte si presenta una dicotomia tra i programmi chiamati allo stesso modo ma con contenuti e obiettivi diversi e viceversa acronimi utilizzati in maniera differente in ogni regione che però presentano forti similitudini, si pensi alle UTAP del Veneto e i nuclei di cure primarie dell'Emilia Romagna.

Rispetto alla questione relativa agli attori e al diabete si possono fare due considerazioni conclusive. Entrambe le dimensioni hanno mostrato, nel solco di quanto emerso nel presente capitolo, che sebbene a tutte le regioni stia a cuore affrontare la patologia cronica nella maniera più efficace possibile, così come, del resto, anche l'erogazione dei servizi delle cure primarie nel suo complesso, non esiste una risposta univoca tale da poter accomunare i cinque casi regionali presi in considerazione. In questo senso, ci si trova senza dubbio dinanzi a ciò che in letteratura viene identificato come regionalizzazione del sistema sanitario nazionale (BERTIN 2012; MAINO 2001; FERRERA 2006); il processo che già fu avviato a seguito dell'elevato livello di decentramento garantito dalla riforma 833/1978, che appunto assicurava una notevole fetta di potere alle AUSL, ha subito un ulteriore scatto in avanti dopo le riforme strutturali degli anni Novanta e la riforma del Titolo V della Costituzione (FERRERA 2006; ARDISSONE 2011). La presente ricerca ha evidenziato che tali differenze non si spiegano solamente con ipotesi di polarizzazione politico-partitica, giacché da un lato, Veneto e Lombardia, che sono rette da coalizioni di centro-destra, e dall'altro Emilia-Romagna, Toscana e Puglia che sono invece rette da coalizioni di centro-sinistra, presentano ai loro rispettivi interni, soluzioni diverse sia per quanto concerne l'organizzazione delle cure primarie e lo sviluppo associativo, sia per quanto concerne le sperimentazioni nell'ambito specifico della patologia diabetica. L'analisi della presa in carico del diabete ha altresì la capacità di offrire addirittura uno spunto per andare forse oltre il concetto di regionalizzazione per descrivere il modello italiano; come esposto nel paragrafo 5, infatti, e pur con tutte le dovute precisazioni ivi sottolineate, il massiccio impiego di progetti sperimentali non trova né nella regione, né nell'AUSL, il suo nucleo fondamentale, ma proprio nel distretto, che diviene così il vero atomo vitale del sistema sanitario nazionale.

La seconda considerazione che vale la pena sottoporre riguarda la natura sperimentale dei processi di presa in carico dei pazienti affetti da malattie cronico-degenerative, ed in particolare di quelli diabetici. Trattandosi appunto di progetti sperimentali, ci si domanda quale evoluzione potranno assumere in un contesto di perdurante crisi e conseguenti tagli di bilancio, il cui impatto sull'erogazione dei servizi è già stato paventato anche in occasione di diverse interviste. Ci si domanda altresì se esista qualche possibilità, magari in seno al Ministero o alla Conferenza Stato-Regioni di poter condividere le *best-practices*, partendo ovviamente dai dati orografici locali e dai risultati conseguiti nelle diverse realtà, passando da un livello sperimentale ad una formalizzazione di processi secondo linee guida regionali.

---

## Bibliografia

- A. ARDISSONE, *The reform of the medical profession in Italy. An overview through the reforms of the Italian health care system*, Saarbrücken, Lambert Academic Publishing, 2011.
- E. BALBONI, *Il concetto di «livelli essenziali e uniformi» come garanzia in materia di diritti sociali*, «Le istituzioni del federalismo», 6, 2001.
- G. BERTIN (a cura), *Piani di zona e governo della rete*, Milano, FrancoAngeli, 2012.
- C. CIPOLLA (a cura), *Trasformazione dei sistemi sanitari e sapere sociologico*, Milano, FrancoAngeli, 2002.
- C. CIPOLLA, *Introduzione. I medici di medicina Generale in Italia: alcuni risultati di una ricerca nazionale*, in G. GIARELLI, M. PATIERNO (a cura), *Medici in associazione. Esperienze, problemi e prospettive dell'associazionismo in medicina Generale*, Milano, FrancoAngeli, 2006.
- P. DONATI (a cura), *La cura della salute verso il 2000*, Milano, FrancoAngeli, 1989.
- M. FERRERA, *Le politiche sociali*, Bologna, Il Mulino 2006.
- F. FOGLIETTA, F. TONIOLO (a cura), *Nuovi modelli di governance e integrazione socio-sanitaria*, «Salute e società», XI, 1, 2012.
- G. GIARELLI, M. PATIERNO (a cura), *Medici in associazione. Esperienze, problemi e prospettive dell'associazionismo in medicina Generale*, Milano, FrancoAngeli, 2006.
- G. GIARELLI, *L'associazionismo in medicina Generale: un fenomeno di innovazione culturale o strutturale?*, in G. GIARELLI, M. PATIERNO (a cura), *Medici in associazione. Esperienze, problemi e prospettive dell'associazionismo in medicina Generale*, Milano, FrancoAngeli, 2006.
- F. MAINO, *La politica sanitaria*, Bologna, Il Mulino, 2001.
- OMS, ALMA ATA, *Primary Health Care*, «Health for all» 1978, [http://www.who.int/\(2012/07/14\)](http://www.who.int/(2012/07/14)).
- M. PATIERNO, *Sinergie in medicina Generale: associazionismo e formazione come fattori di integrazione professionale*, in *Esperienze, problemi e prospettive dell'associazionismo in medicina Generale*, Milano, FrancoAngeli, 2006.
- L. SHI, *Primary care, specialty care, and life chances*, «International Journal Health Service», 24, 1994, 431-458.

---

## L'associazionismo medico come leva di cambiamento per le cure primarie

Alessia Bertolazzi

Nel corso della stesura del presente contributo, il Governo italiano ha approvato un decreto-legge presentato dal Ministro della Salute R. Balduzzi, in cui all'art. 1<sup>1</sup> si prospetta una parziale riorganizzazione del sistema delle cure primarie. Pochi mesi fa, nel decreto legge relativo al contenimento della spesa pubblica, il Governo ha previsto una riduzione del numero di posti letto delle strutture di ricovero pubbliche e accreditate, abbassando la media nazionale a 3,7 posti letto per 1000 abitanti. Secondo gli ultimi dati disponibili, al 2009 la media si attestava su 4,2 posti letto per 1000 abitanti<sup>2</sup>.

Così, in poco tempo, il sistema sanitario nazionale ha subito due «scosse» che intendono spostare ulteriormente il baricentro del sistema stesso dall'ospedale al territorio. D'altra parte, come vedremo in seguito, il dettato normativo sembra recepire non solo alcune indicazioni già contenute in documenti programmatici e accordi collettivi con la medicina generale, ma anche risultati positivi emersi da sperimentazioni effettuate in alcune realtà regionali. In questo quadro, l'associazionismo medico appare come un'essenziale leva di cambiamento per lo sviluppo di un sistema di cure primarie avanzato, allineato agli standard internazionali e orientato ad un modello che metta al centro il paziente.

1. L'art. 1 del decreto Balduzzi integra l'art. 8 del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992 n. 502, come modificato dal Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229.

2. Cfr. *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale 2009*, disponibile sul sito: <http://www.salute.gov.it/servizio/datisis.jsp>.

### 1. *L'associazionismo medico: un cambiamento strutturale e culturale*

Il rapporto *Primary Health Care* pubblicato nel 2008 dal World Health Organization porta all'attenzione una serie di indicazioni, sostenute da evidenze scientifiche, per la creazione di una rete di cure primarie efficiente. Il modello suggerito è quello di cure primarie centrate sulla persona, che garantiscano completezza dell'intervento e continuità delle cure e una relazione stabile, personale e a lungo termine con i professionisti che regolano l'accesso al sistema sanitario.

Tab. 1 - Modelli di cure primarie a confronto

| <i>Cure mediche convenzionali in cliniche o ambulatori</i>  | <i>Programmi centrati sul controllo delle malattie</i>                                       | <i>Cure primarie centrate sulla persona</i>  |
|---|--|--|
| Focus su malattie e cura  | Focus sulle principali malattie  | Focus sui bisogni di salute  |
| Relazione limitata al momento del consulto  | Relazione limitata all'implementazione del programma   | Assistenza globale, continua e centrata sulla persona  |
| Responsabilità limitata alle raccomandazioni efficaci e sicure fornite al paziente nel momento del consulto | Responsabilità per gli obiettivi di controllo delle malattie tra la popolazione-target       | Responsabilità per la salute nel corso della vita di tutti i membri della comunità; responsabilità di affrontare i determinanti di salute/malattia |
| Gli utenti sono consumatori delle cure che acquistano   | I gruppi di popolazione rappresentano il target degli interventi di controllo della malattia | Le persone sono partner nel gestire la propria salute e quella della comunità di appartenenza  |

Fonte: WHO, *Primary Health Care. Now more than ever*, 2008, p. 43

Nel rapporto, si raccomanda di organizzare le cure primarie in forma di reti locali. Costituire una rete di cure primarie significa erogare servizi integrati di vario tipo (diagnostici, curativi, riabilitativi, palliativi), oltre che includere attività di prevenzione, promozione e di individuazione dei determinanti di salute e di malattia a livello locale. Il WHO segnala poi tre condizioni che presentano ancora criticità, ma che sono essenziali alla costituzione di una rete di cure primarie:

- il fatto di costituire dei centri di cure primarie che siano accessibili e vicini alla comunità;
- di affidare ai professionisti delle cure primarie la responsabilità della salute di una popolazione definita, composta tanto da coloro che si rivolgono ai servizi sanitari, quanto da coloro che per varie ragioni non ne fanno uso;

- di rafforzare il ruolo dei professionisti che operano nelle cure primarie, nella funzione di accesso alle cure di base e specialistiche, attribuendo autorità amministrativa e potere d'acquisto.

Tra i professionisti sanitari più coinvolti nel processo di cambiamento delle cure primarie, troviamo i medici di medicina generale, che sono chiamati a riorganizzare il proprio ruolo all'interno del Sistema sanitario nazionale. È un processo che riguarda almeno 4 dimensioni: l'organizzazione, le competenze, l'informatizzazione e gli incentivi (IRER 2010). Rispetto all'organizzazione della medicina generale, il cambiamento più profondo attiene al passaggio dal lavoro isolato al lavoro in équipe. L'evoluzione dell'associazionismo medico e la diffusione di strutture in cui operano team multi-professionali renderanno l'integrazione professionale una prassi quotidiana.

All'interno del nuovo sistema di cure primarie, il medico di medicina generale deve aumentare le proprie competenze, perché più responsabilizzato nella gestione del percorso assistenziale del paziente - soprattutto del paziente cronico - o perché chiamato a nuovi compiti (es. diagnostica di primo livello) (PATIERNO 2006).

L'informatizzazione rappresenta un elemento strategico, poiché permette una qualificazione del lavoro del singolo professionista, ma altresì un potenziamento per tutto il sistema: «l'informatica medica non è solo la chiave per l'automatizzazione dei compiti burocratici, ma fornisce il supporto qualitativo dell'attività professionale del medico di medicina generale al fine di raccogliere dati per *audit*, statistiche e ricerche cliniche» (BARUCHELLO 2007, p. 72). La condivisione dei dati clinici dei pazienti tra tutti gli operatori del sistema sanitario non può che facilitare la gestione e, al tempo stesso, migliorare la qualità delle cure.

Infine, le maggiori responsabilità che il medico di medicina generale assume nei confronti del sistema di cure devono essere riconosciute dal sistema stesso in termini di investimento di risorse economiche. Gli incentivi economici per i medici dovrebbero essere sempre più legati al raggiungimento degli obiettivi di programmazione e di progetti specifici. In tal senso, il sistema di remunerazione dei *general practitioners* adottato in Inghilterra appare come uno dei modelli più efficaci. Da un lato, infatti, la parte fissa di quota capitaria viene ponderata sulla base di alcune caratteristiche demografiche dei pazienti e socio-economiche del contesto locale (ad esempio, il sesso e l'età dei pazienti, il tasso di mortalità e il costo della vita nella zona in cui risiede il medico). Dall'altro, appare ancor più interessante il metodo del *quality and outcomes framework*, attraverso cui si calcola una quota di remunerazione variabile sulla base di indicatori di performance di presa in carico degli assistiti.

Cercheremo allora di capire come stia cambiando il ruolo del medico

di medicina generale, a partire dall'analisi della normativa e degli accordi collettivi nazionali, per arrivare ai risultati dell'indagine condotta in cinque regioni italiane.

## *2. L'associazionismo medico in una prospettiva storico-normativa*

L'Italia è stata per lungo tempo ancorata al modello del medico come libero professionista che prestava la propria attività sul territorio in modo isolato. È a partire dalla costituzione del Sistema Sanitario Nazionale che la figura del medico di medicina generale assumerà un ruolo diverso rispetto al passato. Nel testo di legge che istituisce il SSN, si esplicita che si demanda ad accordi nazionali collettivi l'organizzazione di «forme di collaborazione fra i medici, il lavoro medico di gruppo e integrato nelle strutture sanitarie».<sup>3</sup> Trascorreranno, tuttavia, parecchi anni prima che si diffondano in modo significativo pratiche di associazionismo medico.

Nel corso degli anni '80, alcuni gruppi di medici danno vita a forme di aggregazione, come spontanei tentativi di costituire medicine di gruppo in assenza di una legittimazione normativa o organizzativa; ma simili esperienze risultano poco strutturate ed esigue (RIZZI 2000). Di fatto, negli accordi collettivi nazionali della medicina generale (ACN 1981, 1988) stipulati nel decennio successivo alla creazione del SSN, si incontrano vaghi riferimenti alla medicina associata, senza che però si avanzi una proposta concreta sull'organizzazione dei gruppi di medici.

È negli anni a seguire che la questione viene affrontata sul piano normativo attraverso le riforme introdotte nel sistema sanitario. Dapprima, cautamente, con le riforme del 1992-1993 (d.lgs. n. 502/1992 e 517/1993), con cui si sostiene che la continuità assistenziale debba essere garantita «anche attraverso forme graduali di associazionismo medico». In seguito, con la Riforma *Ter* del 1999 (d.lgs. n. 229/1999), si avvia una sorta di «rivoluzione culturale» (GIARELLI 2006), in cui l'assistenza territoriale conquista uno spazio rilevante nell'assetto del sistema sanitario, attraverso l'organizzazione dei distretti, e al medico di medicina generale viene riconosciuto un ruolo di partecipazione alla definizione degli obiettivi e delle attività del distretto, nonché alla verifica dei risultati. Inoltre, si rinforza l'incentivazione dell'associazionismo, affermando che la continuità assistenziale deve essere organizzata a livello distrettuale attraverso l'integrazione professionale e «lo sviluppo di forme di associazionismo» (art. 8, co. 1).

3. Legge n. 883/1978, art. 48.



Negli stessi anni, si introducono novità importanti anche negli accordi collettivi nazionali stipulati con le rappresentanze sindacali dei medici. Con la convenzione del 1996 (d.PR 484/1996), si delineano tratti più precisi per l'associazionismo medico, che in questa prima fase assume la forma di «medicina di gruppo» (art. 40). L'adesione è «libera, volontaria e paritaria»; i gruppi sono costituiti da 3 fino a 6 medici e devono avere una sede unica articolata in più studi. I medici che aderiscono si rendono disponibili ad assistere anche i pazienti degli altri medici partecipanti al gruppo, prevedendo la possibilità di accesso reciproco alle informazioni sugli assistiti.

I richiami normativi e contrattualistici avrebbero dovuto trasformare le prime forme di associazionismo spontaneistico in realtà più integrate, ma di fatto alla fine degli anni '90 le medicine di gruppo stentano ancora a diffondersi. Dalle poche indagini realizzate sul tema (RIZZI 2000; LANDAU, BRAMBILLA 2001) trapela una situazione problematica, in cui oltre ad essere numericamente trascurabili, le medicine di gruppo appaiono più che altro come aggregazioni formali, con uno scarso impatto sulle modalità di lavoro del medico generalista. Uno studio condotto nella provincia di Milano rileva che nel 2000 le medicine di gruppo riguardano il 5% del totale dei medici di medicina generale. Esse sorgono spontaneamente, in assenza di una programmazione da parte delle aziende sanitarie, che assistono come «osservatore esterno» (LANDAU, BRAMBILLA 2001, p. 94). Inoltre, sono poco o per nulla praticate le attività che dovrebbero essere contemplate nella medicina di gruppo: mancano momenti strutturati di confronto professionale con i colleghi; la rotazione dei pazienti viene di rado adottata, se non scoraggiata dai medici stessi, così come l'accesso a consultazioni specialistiche all'interno del gruppo. Gli autori dell'indagine attribuiscono il sostanziale fallimento delle medicine di gruppo all'insufficiente grado di fiducia che condiziona le relazioni tra colleghi e individuano nella modalità di retribuzione dei medici di medicina generale (basata sul numero delle scelte degli assistiti) la causa strutturale della sfiducia intra-professionale.

Il decennio degli anni duemila, tuttavia, può essere visto per l'associazionismo come un momento di svolta. A partire dalla convenzione del 2000 (d.PR 270/2000) si definiscono in modo ancora più puntuale le finalità e le forme possibili di aggregazione per i medici di medicina generale. Tra gli obiettivi dell'associazionismo, vi è il favorire la fiducia e l'accessibilità dei cittadini, garantire la continuità assistenziale e l'appropriatezza delle cure, condividere linee guida diagnostico-terapeutiche e strumenti di verifica, nonché coordinare l'attività dei medici generalisti con la programmazione del distretto.

Va ricordato che l'ACN del 2000 ricevette un parere negativo da par-

te del Consiglio di Stato, soprattutto in relazione all'associazionismo medico, che secondo l'organo di controllo avrebbe minato il requisito di «tendenziale esclusività e fiducia» caratterizzante il rapporto tra i medici di medicina generale e i propri pazienti. Tuttavia, tale parere non fu preso in considerazione e il processo di riorganizzazione della medicina generale proseguì il suo percorso.

Nella convenzione del 2000, si fa distinzione tra forme associative quali modalità organizzative di lavoro tra medici, finalizzate al miglioramento delle potenzialità assistenziali di ciascun partecipante, e forme associative quali società di servizi e cooperative, il cui scopo è in via esclusiva quello di assicurare beni e servizi ai medici.

Le forme associative previste per il primo tipo sono tre - la medicina in associazione, in rete e di gruppo - e presentano aspetti e gradi differenti di organizzazione. Le forme più semplici e meno strutturate sono la medicina in associazione e in rete, a cui possono partecipare da 3 a 10 medici, non vincolati ad un'unica sede. L'associazione prevede unicamente la condivisione di linee guida diagnostico-terapeutiche e la realizzazione di momenti di verifica interni della qualità delle prestazioni e dell'appropriatezza prescrittiva; mentre nella medicina in rete i partecipanti condividono tra di loro anche le cartelle cliniche degli assistiti e adottano sistemi telematici per le prenotazioni e la trasmissione di dati. La medicina in gruppo, invece, è composta da 3 fino a 8 medici e deve essere esercitata in via obbligatoria in una sede unica, fatto salvo che i medici aderenti possano svolgere l'attività anche nel proprio studio. Oltre alle caratteristiche già descritte per la medicina in associazione e in rete, la medicina in gruppo prevede in aggiunta la fruizione comune di apparati tecnologici e strumentali per l'attività assistenziale, nonché di personale di segreteria e infermieristico.

Un ulteriore elemento di sostegno all'associazionismo è inserito nel quadro del trattamento economico dei medici di medicina generale, che oltre alla quota capitaria si compone di una quota variabile destinata al raggiungimento degli obiettivi previsti dalla programmazione nazionale, regionale e aziendale; e tra gli obiettivi, viene citata la medicina associata.

La successiva convenzione del 2005 dà nuova spinta all'integrazione professionale, introducendo due strumenti: le équipes territoriali e le unità di assistenza primaria (UTAP). Con queste nuove modalità funzionali e organizzative si tende di fatto ad andare oltre l'associazionismo mono-professionale dei medici di medicina generale, al fine di individuare strumenti innovativi per favorire l'integrazione multi-professionale. Le équipes territoriali sono aggregazioni funzionali, definite come «momento organizzativo della medicina generale e delle altre discipline presen-

ti nel distretto per la erogazione dei livelli essenziali e appropriati di assistenza» (ACN 2005, art. 26). Sono coinvolti nelle équipes territoriali i medici di medicina generale (per cui la partecipazione è obbligatoria) e gli altri operatori sanitari coinvolti nell'assistenza primaria, nella continuità assistenziale, nella pediatria di libera scelta, nell'assistenza specialistica ambulatoriale e nelle prestazioni sociali a rilevanza sanitaria. L'équipe territoriale, pertanto, svolge una funzione di integrazione e coordinamento del lavoro soprattutto nelle attività ad alta integrazione socio-sanitaria. L'attività dell'équipe è rivolta alla produzione di valutazioni multidimensionali, cercando di individuare le risposte più appropriate ai bisogni sempre più complessi della popolazione. Si tratta, in altri termini, di aggregazioni di tipo funzionale, in cui i medici e gli altri professionisti sanitari possono collaborare nell'implementazione di progetti regionali e distrettuali (es. prevenzione, assistenza domiciliare, unità di valutazione multi professionale, ecc.).

Le UTAP, invece, sono aggregazioni di tipo strutturale e rappresentano un primo tentativo di dare forma ad un'organizzazione complessa di cure primarie. Definite «strutture territoriali ad alta integrazione multidisciplinare ed interprofessionale», sono introdotte dalla convenzione del 2005 come modello sperimentale e su base volontaria dei professionisti sanitari. Tali strutture dovrebbero diventare centri operativi dotati di personale e attrezzature, e coinvolgere in modo organico medici di medicina generale, medici di continuità assistenziale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali, medici dei servizi e assistenti sociali, al fine di assicurare interventi appropriati e articolati sui bisogni di salute complessi.

Tab. 2 - Forme associative previste dagli ultimi acn (2005, 2009, 2010)

|                       | <i>Medicine in associazione rete, gruppo</i>  | <i>Equipe territoriale</i>  | <i>Unità di assistenza primaria (UTAP)</i>  | <i>Aggregazione funzionale territoriale (AFT)</i>   | <i>Unità complesse di cure primarie (UCCP)</i>   |
|-----------------------|---|---|---|---|--|
| Tipo di aggregazione  | Funzionale/<br>strutturale  | Funzionale  | Strutturale   | Funzionale  | Strutturale  |
| Composizione del team | Mono-professionale (MMG)  | Multi-professionale (MMG, PLS, MCA, Specialisti e altri Professionisti sanitari convenzionati, con eventuali altri operatori).  | Multi-professionale.  | Mono-professionale. (MMG)   | Multi-professionale. (MMG, PLS, MCA, Specialisti e altri Professionisti sanitari convenzionati, con eventuali altri operatori)   |
| Partecipazione        | Volontaria  | Obbligatoria  | Volontaria  | Obbligatoria  | Obbligatoria, laddove costituita l'UCCP  |
| Popolazione assistita | Non specificato   | Non specificato   | Non specificato   | Max 30.000  | Non specificato  |
| Funzioni / attività   | Coordinamento del lavoro dei MMG, con scambio di informazioni soltanto nel caso della rete e del gruppo | Strumento attuativo della programmazione sanitaria. Momento organizzativo della medicina generale e delle altre discipline presenti nel distretto per la erogazione dei livelli essenziali e appropriati di assistenza e per la realizzazione di specifici programmi e progetti assistenziali di livello nazionale, regionale e aziendale | Strutture territoriali ad alta integrazione multidisciplinare ed interprofessionale. Garantisce assistenza primaria, continuità assistenziale, risposte a bisogni complessi | Equità nell'accesso. Percorsi di integrazione tra ass. primaria e di continuità. Diffusione EBM. <i>Peer review</i> interna e autogestita | Assistenza h. 24 e 7 gg. su 7. Garantire i LEA. Presa in carico dell'utente. Integrazione socio-sanitaria. Medicina d'iniziativa |

Va sottolineato poi che gli accordi del 2000 e del 2005 lasciano un certo margine di sperimentazione alle regioni, attribuendo agli accordi tra le singole regioni e le rappresentanze sindacali dei medici la possibilità di individuare «forme organizzative, caratteristiche aggiuntive, attività integrative per le forme associative», nonché relativi meccanismi di incentivazione.

Le regioni ottengono dunque autonomia nella organizzazione dell'associazione e la negoziazione a livello regionale con le rappresentanze sindacali dei medici diventa su taluni aspetti strategica. Alcune regioni, come vedremo in seguito, realizzeranno tale possibilità, altre avvieranno con maggiore difficoltà il processo e ciò condurrà ad inevitabili disparità territoriali (TOZZI 2002).

Si giunge alla fine degli anni duemila e i successivi accordi stipulati con i medici di medicina generale (2009 e 2010) avanzano altre novità nel panorama delle associazioni mediche, che diviene così sempre più affollato.

La prima novità è costituita dalle aggregazioni funzionali territoriali (AFT), un tipo di associazione funzionale a cui i medici di medicina generale devono aderire obbligatoriamente. Negli ACN si indicano alcuni criteri organizzativi per la costituzione delle AFT, che devono avere come riferimento una popolazione assistita non superiore a 30.000 abitanti, su base intradistrettuale, e includere un numero di medici non inferiore a 20. Per ogni AFT, viene individuato un delegato, che svolge compiti di raccordo funzionale. Spetta alle regioni stabilire le modalità di organizzazione e di partecipazione dei medici. Le finalità delle aggregazioni funzionali territoriali elencate nell'ACN del 2009 appaiono più «buone raccomandazioni» che attribuzioni di compiti o funzioni specifiche:

- promuovere l'equità nell'accesso ai servizi sanitari, socio-sanitari e sociali nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza, anche attraverso l'individuazione di percorsi di integrazione tra assistenza primaria e continuità assistenziale;
- promuovere la diffusione e l'applicazione delle buone pratiche cliniche sulla base dei principi della «*evidence based medicine*», nell'ottica più ampia della «*clinical governance*»;
- promuovere e diffondere l'appropriatezza clinica e organizzativa nell'uso dei servizi sanitari, anche attraverso procedure sistematiche ed autogestite di «*peer review*»;
- promuovere modelli di comportamento nelle funzioni di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione ed assistenza orientati a valorizzare la qualità degli interventi e al miglior uso possibile delle risorse, pubbliche e private, quale emerge dall'applicazione congiunta dei principi di efficienza e di efficacia. (ACN 2009, art. 26 bis)

Più interessante sembra invece l'intenzione che trapela dalla convenzione di incentivare la costituzione di unità complesse di cure primarie (UCCP). Secondo i requisiti minimi, un'unità complessa di cure primarie dovrebbe collocarsi in una sede unica o avere una sede principale ed assicurare a tutti i cittadini del proprio territorio di competenza l'assistenza sanitaria di base e diagnostica di primo livello, garantendo con-

tinuità all'assistenza per tutti i giorni della settimana, 24 ore su 24. Per di più, si pone un vincolo di obbligatorietà a medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali e altri professionisti sanitari convenzionati, a svolgere la loro attività all'interno delle unità complesse delle cure primarie.

La storia recente dell'associazionismo medico in Italia si ferma ad oggi, al Decreto sulla sanità appena approvato che, come visto, riprende essenzialmente gli strumenti individuati dagli ACN 2009 e 2010, le aggregazioni funzionali territoriali e le unità di cure primarie.

Dopo questa breve ricostruzione dei passaggi normativi che hanno caratterizzato l'evoluzione dell'associazionismo medico in Italia, resta da verificare che cosa sia stato effettivamente implementato sul territorio e, considerato il margine di autonomia delle regioni sulla sperimentazione di forme associative, quali nuove pratiche siano state tentate.

### *3. L'associazionismo medico in cinque casi regionali*

La ricerca che è stata condotta in cinque regioni (Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana e Puglia) ci ha permesso di ottenere un quadro conoscitivo sia sulla diffusione dell'associazionismo, sia sulla costituzione di forme associative sperimentali. Incroceremo situazioni molto eterogenee tra loro, frutto delle sensibili differenze organizzative e culturali che caratterizzano i vari sistemi sanitari regionali. Come sostenuto in precedenza, le regioni hanno acquistato nel tempo un ruolo strategico nella programmazione e promozione dell'associazionismo, anche attraverso la negoziazione interna agli accordi collettivi regionali con i medici; pertanto, è ovvio che l'impianto strutturale del sistema di cure regionali condizioni le esperienze associative realizzate.

#### *3.1. Lombardia: associazionismo e monetizzazione delle cure*

Partendo dalla Lombardia, da un rapporto IRER del 2010 risulta che circa un medico su tre (32%) non aderisce ad alcuna associazione, mentre il 15% aderisce alla forma associativa meno strutturata, vale a dire l'associazione semplice. Ciò significa che quasi la metà dei medici lombardi svolge ancora la propria professione in modo quasi o del tutto isolato. Per il resto, il 29% dei medici è coinvolto in medicine di rete, il 20% in medicine di gruppo e il 4% opera in strutture complesse (IRER 2010, p. 25).

Rispetto alle sperimentazioni messe in atto, nel 2005 la regione ha

investito su un progetto innovativo, i «gruppi di cure primarie» (GCP)<sup>1</sup>, come forma di associazionismo evoluto ed integrato. I GCP sono composti da team multi-professionali, organizzati in unità semplici di offerta integrata di competenze mediche, infermieristiche, riabilitative e specialistiche. Il progetto prevede la presenza di almeno cinque medici di famiglia erogatori di prestazioni nella sede centrale per almeno il 30% della loro attività complessiva, unitamente a specialisti consulenti per il primo livello di diagnosi e cura; il restante 70% dell'attività dei medici di famiglia viene eseguito da ogni medico associato nel proprio studio. Le attività che dovrebbero svolgere i gruppi di cure primarie riguardano dunque l'assistenza primaria, la continuità assistenziale nelle ore notturne e nei giorni festivi e l'erogazione di prestazioni specialistiche associative (visite, esami diagnostici non invasivi) individuate sulla base dei volumi epidemiologici degli assistiti in carico e in conformità alle disponibilità di attrezzature e di protocolli ad uso interno condivisi tra medici di medicina generale associati e specialisti operativi all'interno dell'associazione, sui percorsi diagnostico-terapeutici da attivare e sulle modalità di scambio delle informazioni sui pazienti. Inoltre, i medici partecipanti al GCP devono garantire anche attività di prevenzione, monitoraggio e cura, e di educazione alla salute per la prevenzione di almeno due tra le patologie più comuni, concordate con ASL, enti locali, e regione.

Richiamati dal Piano socio-sanitario 2007-2009, come modello sperimentale efficace e replicabile, i gruppi di cure primarie tuttavia scompaiono nel piano successivo. Il piano 2010-2014 introduce, invece, una novità nel campo dell'assistenza territoriale, lo strumento della «dote sanitaria». Essa consiste in una dotazione di «risorse annuali attese da ogni paziente, relativamente alla specialistica ambulatoriale e alla farmaceutica, che rappresentano l'obiettivo appropriato dei servizi».<sup>2</sup> Si chiarisce che la dote sanitaria non è una disponibilità di risorse preassegnata al gruppo di medici di medicina generale, quanto piuttosto un riferimento operativo, un obiettivo di cui si fanno carico tutti gli attori del sistema (medici, soggetti erogatori, ASL), riconoscendo tuttavia a un solo medico di medicina generale il compito di monitorare, fare da tutor, valutare e integrare i servizi.

Infine, un'altra sperimentazione riguarda i cosiddetti *Chronic Related Group* (CREG), una modalità organizzativa di presa in carico dei pazienti affetti da malattie croniche. Attraverso i CREG, la Lombardia intende

1. I GCP sono citati nel PSSR 2002-2004 e la sperimentazione triennale parte con la d.GR 7 febbraio 2005 n. 7/20467. La regione destina a tale sperimentazione 750.000 euro sul bilancio del 2005, quale quota parte delle risorse aggiuntive per i medici di medicina generale.

2. PSSR 2010-2014, pag. 33.

applicare il sistema dei DRG (le tariffe applicate a raggruppamenti omogenei di patologie) all'assistenza territoriale. La regione ha dapprima classificato una serie di profili di pazienti cronici; ha poi individuato attraverso i percorsi diagnostico terapeutici gli interventi più appropriati e calcolato infine i costi medi, da cui stabilire le tariffe. Il sistema di remunerazione dei *Chronic related group* è infatti basato sulla corresponsione anticipata di una quota predefinita di risorse. Le risorse sono attribuite ad un soggetto gestore, che oltre a garantire la presa in carico di un gruppo di pazienti, deve possedere competenze gestionali ed amministrative. Il gestore non coincide con l'erogatore, ma si occupa di attuare il percorso diagnostico terapeutico assegnando le risorse ad altri soggetti pubblici o privati produttori di servizi. Quindi, i soggetti «gestori» di gruppi di pazienti cronici dovranno occuparsi di valutare il fabbisogno di cura, scegliere e negoziare con gli erogatori dei servizi e assicurarsi che il percorso assistenziale si svolga in modo appropriato. È chiaro che un singolo medico di medicina generale non potrebbe svolgere tale ruolo, pertanto gruppi o cooperative di medici si profilano come i soggetti più plausibili in qualità di gestori. I pazienti cronici sono arruolati in un CREG in base al profilo di patologia e al livello di gravità e sono seguiti dal soggetto gestore che si occupa di organizzare il percorso di servizi extra-ospedalieri più appropriato (es. servizi ambulatoriali, farmaceutici, ADI, ecc.).

È chiaro che la strada intrapresa dalla Lombardia, che intende per certi versi «monetizzare» anche l'assistenza territoriale, può presentare il rischio di togliere spazio all'azione clinica del medico; di perseguire, in una logica di ottimizzazione delle risorse, la standardizzazione dei servizi a scapito di un modello di cure incentrato sul paziente e sulla personalizzazione delle cure. Lo stesso associazionismo potrebbe perdere di efficacia, rendendo l'aggregazione non un incontro di tipo umano e culturale, con valenze di crescita professionale e di soddisfazione per i pazienti, bensì un rapporto di mera natura organizzativa. Tali aspetti meriterebbero un confronto con i medici direttamente coinvolti nella sperimentazione, ma per le difficoltà incontrate nello svolgimento dell'indagine presso la regione ciò non è stato possibile.

### 3.2. Veneto: un modello di associazionismo evoluto

Passando al Veneto, la regione sembra rappresentare una delle realtà più avanzate nel processo di decentramento dall'assistenza ospedaliera a quella territoriale. Nel corso degli ultimi dieci anni, la regione ha espresso una volontà di potenziamento dell'assistenza territoriale im-



plementando un modello di «distretto forte», in cui il distretto potesse acquistare rilevanza nella governance del sistema, anche attraverso una responsabilizzazione finanziaria con lo sviluppo del budget di distretto.<sup>3</sup> Nel 2009, la Giunta regionale ha approvato il Progetto Cure Primarie, un documento prodotto congiuntamente dalle aziende sanitarie e dai medici convenzionati, in cui si ribadisce che il distretto debba essere il vero «regolatore del sistema». Nel Progetto, il modello organizzativo previsto è costituito da unità complesse di cure primarie, individuate nelle UTAP e nelle medicine di gruppo.

In relazione all'associazionismo medico, la regione dimostra non solo un notevole grado di diffusione di tale pratica, ma da tempo sta procedendo a recepire le indicazioni contenute negli ACN, puntando ad un riordino delle forme associative e all'implementazione di modalità sperimentali.

Di fatto, il Veneto ha già acquisito il nuovo modello organizzativo rappresentato dalle aggregazioni funzionali territoriali<sup>4</sup>, in cui saranno inclusi tutti i medici attualmente in rete, associazione semplice e singoli. Come si diceva, tuttavia, l'esigenza della regione è quella di unificare le diverse forme di associazionismo in un unico modello, per cui entro la fine del 2013 è previsto che tutti i medici di medicina generale siano organizzati in medicine di gruppo integrate.

Come ribadito dal Responsabile regionale:

La regione ha codificato che l'unica forma associativa che viene riconosciuta dal sistema regionale è la medicina di gruppo. E quindi abbiamo pianificato che tutti i medici passino dalle forme attuali, anche del medico singolo, alla medicina di gruppo. La medicina di gruppo però, deve essere strumento per il perseguimento di obiettivi, diciamo, di appropriatezza, di salute, che devono trovare nel sistema informatico-informativo le modalità per costituire una rete orizzontale tra medici e verticale tra strutture del sistema sanitario regionale. (Intervista Responsabile Regione Veneto)

Le forme associative concorrono all'implementazione graduale di modelli organizzativi in grado di garantire l'assistenza 24 ore su 24, 7 giorni su 7, con l'erogazione di prestazioni integrative, aggiuntive, spostando alcune competenze del distretto alla medicina di gruppo integrata (ad es. piccoli interventi chirurgici, diagnostica ecc.) e le prestazioni non differibili. Inoltre, la prospettiva è quella di creare degli ambulatori dedicati per patologia, favorendo la diversificazione del trattamento.

3. d.GR 3242/2001 «Programma settoriale relativo all'assistenza territoriale»; d.GR n. 625/2003 «Schematizzazione di un modello teorico pratico di budget per il Distretto socio-sanitario».

4. d.gr 1666/2011.

Pertanto, la regione propone un modello originale di associazione medica, la «medicina di gruppo integrata». Questa modalità associativa, che si avvale di risorse messe a disposizione dal distretto e dalle amministrazioni comunali, è basata su équipes multi-professionali composte da medici, specialisti, infermieri, assistenti sociali, amministrativi. I compiti della medicina di gruppo integrata - definiti con appositi contratti di esercizio - concernono: prevenzione; prestazioni e processi assistenziali (visite domiciliari e ambulatoriali; diagnostica rapida, etc.); gestione della cronicità (presa in carico del paziente terminale, gestione delle dimissioni protette, delle cure palliative); integrazione socio-sanitaria (prenotazione appuntamenti dei medici di famiglia, prenotazione prestazioni specialistiche, prestazioni codici bianchi e verdi).

Ai medici coinvolti nella medicina di gruppo integrata sarà inoltre richiesto l'impegno di svolgere la propria attività anche nei confronti degli assistiti degli altri medici dell'associazione; di garantire l'erogazione dell'attività ambulatoriale di ciascun medico per 5 giorni la settimana e una disponibilità di accesso complessiva di 7 ore giornaliere e 12 ore di rintracciabilità telefonica.

Al raggiungimento di obiettivi di efficienza, appropriatezza ed efficacia è correlato un sistema di incentivi economici, che prevede oltre al trattamento base un incentivo fisso legato ai compiti aggiuntivi legati all'organizzazione in gruppo e un incentivo variabile legato al perseguimento degli obiettivi di salute.

La regione appare dunque fortemente impegnata a dare pieno sostegno ad una forma di associazionismo evoluto, fondato su team multi-professionali, che garantisca continuità assistenziale e integrazione tra assistenza primaria, assistenza specialistica e assistenza sociale. A tal fine, ha previsto un investimento di risorse per il passaggio dei medici di assistenza primaria alla medicina di gruppo integrata.<sup>5</sup> Una volta ultimato il processo, il passo successivo della regione sarà l'adozione di un budget per le medicine di gruppo.

### *3.3. Emilia-Romagna: un'esperienza consolidata di rete clinica integrata*

Rispetto all'associazionismo medico e alla strutturazione sul territorio delle cure primarie, l'Emilia-Romagna è tra le poche regioni che può

5. La Regione conta di investire 20,7 milioni di euro complessivi (6,9 nel 2012, 13,8 nel 2013 e 20,7 nel 2014).

vantare in merito una tradizione consolidata. Già a partire dagli anni duemila, attraverso gli accordi locali siglati fra AUSL, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, emerge la volontà non solo di sostenere la diffusione delle forme associative mediche, ma altresì di predisporre sul territorio una serie di unità organizzative strutturali di cure primarie al fine di garantire ai cittadini una maggiore continuità assistenziale rispetto alle medicine associate (LEVATO 2006). Nascono così i «nuclei di cure primarie» (NCP) come «braccio operativo» dei Dipartimenti di cure primarie. Il forte sostegno istituzionale, sia a livello regionale sia a livello locale, che ha contraddistinto fin da subito tale esperienza ha fatto sì che i nuclei di cure primarie diventassero una realtà integrata nel sistema sanitario regionale.

Considerati come naturale luogo di destinazione per le associazioni mediche, i NCP si identificano come un valido strumento di integrazione professionale non solo per i medici di medicina generale, ma per tutte le figure variamente coinvolte nei percorsi assistenziali territoriali. Al loro interno, si costituiscono così équipes multi-professionali composte oltre che dai MMG, da medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, infermieri, specialisti territoriali, ostetriche ed operatori socio-assistenziali.

I Nuclei operano in aree territoriali omogenee, con caratteristiche geomorfologiche simili, e si rivolgono a una popolazione indicativa di 15-30.000 abitanti.<sup>6</sup> Sono organizzati in una sede unica, che è la sede di riferimento per i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e i medici di continuità assistenziale. I medici, che possono mantenere il proprio ambulatorio, prestano parte della loro attività nella struttura del NCP, coordinandosi tra loro, in modo da offrire un'apertura continuativa durante l'arco della giornata (fino a 12 ore), integrandosi altresì con i medici di continuità assistenziale nei giorni festivi. In ogni nucleo è individuato un medico che ha compiti di coordinamento tra i medici e l'azienda sanitaria e di verifica degli obiettivi raggiunti.

I cittadini possono rivolgersi al Nucleo di cure primarie del proprio ambito territoriale, anche in assenza del medico curante, ad esempio per un problema ambulatoriale urgente o per seguire attività programmate (somministrazioni terapie, prelievi ematici, ecc.). I NCP, inoltre, permettono la gestione coordinata delle patologie croniche e l'attivazione di progetti di educazione sanitaria verso target specifici di popolazione.

Quindi, i caratteri essenziali che si distinguono per i Nuclei di cure primarie sono l'integrazione professionale, la continuità delle cure e

---

6. d.GR n. 2011/2007.

la presa in carico globale dell'assistito, oltre che un elevato livello di informatizzazione organizzativa reso possibile dal progetto Sole, grazie a cui i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta si trovano in connessione in un'unica rete informatica.

### *3.4. Il caso Toscana: un laboratorio per la sanità d'iniziativa*

L'associazionismo dei medici di medicina generale è un fenomeno presente da tempo nella realtà toscana. Nel 2006 è stata condotta un'indagine sulla presenza dell'associazionismo in medicina generale a livello regionale. Da essa risulta che il 65% dei medici di medicina generale appartiene ad una forma associativa ed ha in carico circa il 73% degli assistiti della regione. La forma associativa più diffusa è l'associazione semplice che rappresenta il 32% dei medici associati, seguita subito dal gruppo con il 31%; la forma cooperativa rappresenta il 19% dei medici a livello toscano e la rete solo il 2%. La somma di queste ultime quattro percentuali supera il valore del 65% perché alcuni medici possono far parte sia delle tre «classiche» forme associative (associazione, rete o gruppo) sia di una cooperativa medica (Salvadori 2008). Dall'ultima rilevazione regionale disponibile, si riscontra un aumento per la medicina in gruppo: alla fine del 2010, su un totale di 2.852 medici di assistenza primaria, 1.240 hanno aderito a tale forma associativa (43,4%), mentre soltanto il 18% è ancora inserito in un'associazione semplice.

Le équipe territoriali per la medicina generale previste dall'acn sono funzionanti in 19 zone-distretto e in 15 di queste sono svolte riunioni con ciascuna singola équipe per la discussione della reportistica (farmaceutica, specialistica, ricoveri o altro), con una cadenza media di 3-4 mesi. Accordi con la medicina generale sono stati effettuati in 25 zone-distretto su 34, e si tratta indubbiamente dell'accordo aziendale ai sensi dell'accordo integrativo regionale. In 4 zone-distretto sono stati effettuati accordi anche con i pediatri di famiglia. Tutte hanno in uso un protocollo ospedale-territorio, anche se solo in 28 casi è stato formalmente approvato; 29 hanno attivato il Punto Unico di Accesso; 23 hanno una banca dati dei casi trattati; 28 zone-distretto hanno una media di almeno 2-3 Unità di valutazione multiprofessionale funzionanti (uvm). Ciascuna zona-distretto ha in media 2 uvm che si riuniscono mediamente ogni 11 giorni (di norma in un arco di tempo tra 7 e 15 giorni) esaminando un numero medio di 7 casi a seduta (Salvadori 2008).

La Toscana ha inoltre organizzato in questi anni un sistema di sperimentazione di aggregazioni funzionali di medici di medicina generale e di altri professionisti all'interno dei cosiddetti «moduli di sanità d'i-

niziativa». I moduli sono stati introdotti per attivare un intervento di tipo proattivo verso alcune patologie croniche e sono il risultato di un approccio adottato nel sistema sanitario della Toscana che si ispira al *Chronic Care Model*, ma che assume in Toscana il nome di *Expanded Chronic Care Model* (ECCM). Il modello è basato sull'interazione tra il paziente reso esperto da opportuni interventi di informazione e di addestramento ed il team multiprofessionale composto da operatori socio sanitari, infermieri e medici di medicina generale. Numerosi studi evidenziano che i malati cronici, quando ricevono un trattamento integrato e un supporto al *self-management* e al *follow up*, migliorano e ricorrono meno alle cure ospedaliere.

I moduli di sanità d'iniziativa sono un tentativo di tradurre in pratica alcuni degli obiettivi fissati dal *Chronic Care Model*; nella fattispecie, si tratta di predisporre un team multi-professionale coinvolto in un'organizzazione funzionale di presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche, con una popolazione di riferimento di circa 10.000 assistiti. Il modulo è coordinato da un medico scelto dagli stessi componenti che appartengono al modulo. In ogni modulo, il medico di medicina generale è affiancato da un infermiere e da un operatore sociosanitario (anche se nella maggior parte dei moduli attivati si è optato per la presenza di due infermieri). Infermieri e OSS sono operatori di provenienza aziendale, opportunamente formati e assegnati funzionalmente al gruppo di medici.

I medici che scelgono di aderire ad un modulo hanno il compito di individuare tra i propri assistiti quelli affetti dalle patologie summenzionate, creando delle liste e reclutandoli nel percorso previsto nell'ambito dei Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) specifici per patologia. I percorsi contengono i controlli periodici differenziati in base al rischio individuale, in occasione dei quali viene eseguito il *counseling* e il supporto al *self management*. In tutti i moduli è stata posta particolare attenzione al *counseling* individuale e di gruppo, finalizzati all'aumento della consapevolezza e all'autocura del paziente.

Nel modulo, sono svolte e registrate sulla cartella clinica del medico di medicina generale tutte le attività previste dai percorsi assistenziali per le 4 malattie finora prese in considerazione (diabete, scompenso cardiaco, pregresso ictus e BPCO). L'ASL garantisce l'organizzazione dei servizi per la presa in carico nei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) e la verifica dell'andamento del progetto di modulo attraverso la funzione dei medici di comunità. Tutti i dati raccolti sono inviati alle unità specializzate (ad es. Centro anti-diabete) e all'azienda sanitaria, che a sua volta li trasferisce alla regione.

I moduli hanno avviato la presa in carico dei pazienti con diabete e scompenso cardiaco e, da aprile 2011, dei pazienti con pregresso ictus/

TIA o affetti da BPCO. Quindi, in una prima fase, sono stati coinvolti 504 MMG distribuiti in 11 ASL della Toscana; in seguito all'estensione delle patologie considerate si è arrivati a coinvolgere altri 280 MMG per un totale complessivo di 943 MMG distribuiti in 93 moduli per 1.100.000 cittadini, circa un terzo dei residenti.

Secondo i primi risultati, l'ospedalizzazione evitabile per scompenso e BPCO si è ridotta rispettivamente del 2,28% e 14,27%; inoltre, c'è stato un miglioramento netto negli indicatori di processo, tra i quali un aumento di oltre il 10% di pazienti diabetici con almeno una misurazione di emoglobina glicata (dati tratti dal documento di proposta del Piano sanitario e sociale integrato).

Da segnalare anche il sistema di incentivi previsto per i MMG dei moduli, ispirato al principio del *pay for performance* di stampo anglosassone. Il raggiungimento degli obiettivi è valutato sulla base dei risultati complessivi del modulo. Al singolo medico, dove sia raggiunto l'obiettivo, è attribuita una quota individuale del risultato raggiunto dal modulo in rapporto agli assistiti in carico.<sup>7</sup> Va notato, quindi, che l'incentivo non riguarda il numero di pazienti effettivamente arruolati nelle liste e nei percorsi diagnostici delle malattie croniche individuate, ma resta legato al numero totale degli assistiti.

La sede del modulo è di solito l'ambulatorio della medicina generale, ma la volontà manifestata a livello regionale è quella di concentrare l'attività dei moduli in un'unica sede (idealmente, la Casa della salute):

I moduli potrebbero essere all'interno di una casa della salute e secondo me è la scelta migliore. Se sono all'interno vuol dire che lo stesso personale che lavora nella casa della salute è lo stesso del modulo. In altre realtà, il modulo è più funzionale, cioè i medici partecipano al modulo di sanità d'iniziativa, ma non costituiscono un'aggregazione strutturale, cioè ognuno lavora separatamente nei propri ambulatori. Invece, la casa della salute di Empoli è anche sede di un modulo. (Intervista Dirigente regionale servizi sul territorio)

Nella Casa della salute, il modulo dovrebbe trasformare l'aggregazione dei medici in moduli da funzionale a strutturale, nel senso di riunire un'equipe non mono, ma multi-professionale in un'unica sede.

Tuttavia, il modello di aggregazione per «moduli» sembra difficilmente applicabile a tutte le realtà, così come ci ha indicato il direttore di una Società della salute. Nelle SDS composte da comuni piccoli, magari sparsi su un ampio territorio, l'aggregazione strutturale dei medici in

---

7. d.GR «Approvazione schema di Accordo tra Regione Toscana e organizzazioni sindacali rappresentative della Medicina Generale sul ruolo della Medicina Generale nell'attuazione del PSR 2008-2010», allegato A.

un unico spazio fisico non è ritenuta una soluzione congrua, per le ovvie problematiche di accesso che creerebbe ai cittadini che vivono nelle zone più periferiche.

Un obiettivo previsto dal nuovo Piano sanitario e sociale integrato 2012-2015 è la promozione delle aggregazioni funzionali territoriali, quale strumento di raccordo funzionale e professionale fra i medici di medicina generale. Le AFT rappresentano l'ambito professionale nel quale i medici attueranno i percorsi per la cronicità, utilizzeranno sistematicamente gli *audit* come strumento professionale, attueranno l'integrazione professionale dei Medici di Continuità Assistenziale.

Per il referente regionale dei servizi sul territorio intervistato nell'ambito della presente indagine, le aggregazioni funzionali territoriali rappresenteranno la naturale evoluzione dei moduli, già sperimentati in Toscana. Ad oggi, il progetto di sanità d'iniziativa sperimentato con i moduli copre circa il 30% della popolazione ed entro il 2012 si intende arrivare al 40% di copertura. Il referente regionale dichiara che il vero obiettivo nel prossimo futuro è quello di estendere la copertura a tutta la popolazione toscana. Chiaramente, tale obiettivo dovrà scontrarsi con la riduzione delle risorse a disposizione, che già al momento è motivo di un acceso confronto tra le aziende sanitarie e i medici di medicina generale:

La medicina generale brontola. Ora è cambiato l'assessore e siamo in una fase di passaggio. I medici vogliono delle assicurazioni. Uno dei miei prossimi compiti è quello di fare un'intesa, di mettere nero su bianco quello che i medici devono fare e quello che la Regione si impegna a garantire. Perché capisce che siamo in mezzo ad un guado. Ad oggi seguiamo circa il 35-40% della popolazione con la sanità d'iniziativa e abbiamo visto che è una cosa buona e giusta. Quindi, che facciamo? La ampliamo, ma le risorse non ci sono. O si dice che i medici si pagano di meno o in maniera diversa, oppure stiamo fermi. Ma se stiamo fermi ci crolla il mondo addosso, perché in questo caso chi sta fermo in realtà va indietro. I medici questa cosa l'hanno capita, però chiedono di mettere nero su bianco alcune cose. Ad es. il software me lo comprate voi? I dati come ve li mando? Tante piccole cose che però i medici vogliono giustamente conoscere. (Intervista Responsabile regionale servizi per il territorio)

Oltre all'aspetto delle risorse economiche, la creazione di team multi-professionali sta provocando una vera e propria «rivoluzione culturale» all'interno della medicina generale, non scevra di dubbi e perplessità. Come sostiene Simona Dei, Direttore sanitario dell'ASL 5 di Pisa:

Chi come me lavora da anni sul territorio non può leggere con tranquillità quelle frasi brevi e incisive. Ogni modello ha un suo ordine interno che lo rende misurabile e ripetibile: quanto sarà possibile calare quel modello nelle terre toscane così diverse fra loro? [...] quanti saranno i professionisti realmente coinvolti e convinti? Quanti capiranno fino in fondo l'importanza di lasciare i

propri ambulatori e condividere spazi comuni? Per quanti di loro le innovazioni informatiche saranno uno strumento di lavoro e non l'ennesima complicazione della burocrazia?<sup>8</sup>

Difatti, come ci spiega il responsabile regionale per i servizi del territorio, le difficoltà riscontrate soprattutto nella fase iniziale di costituzione dei moduli sono state numerose:

È stata veramente dura, ora lo è di meno, mettere insieme i vari professionisti. Pensi al salto culturale, in 20-30 anni, il medico di famiglia solo che faceva l'ambulatorio, si poi è messo insieme ad altri colleghi e ha condiviso i suoi dati attraverso le reti informatiche. E ora si sta mettendo insieme agli infermieri. Gli infermieri della casa della salute di Empoli lavorano sullo stesso database dei medici. Se il medico scrive qualcosa sulla cartella del paziente diabetico, l'infermiere lo vede e viceversa. Poi, i medici sono liberi professionisti (così dicono loro), gli infermieri sono dipendenti dell'azienda. Per cui ci vuole un livello di enorme fiducia non solo tra colleghi dello stesso rango, o «casta», ma anche con colleghi laureati di un'altra casta (gli infermieri). (Intervista Responsabile regionale servizi per il territorio).

### *3.5. Il caso Puglia: una proposta di forme associative complesse*

La Regione Puglia, stipulando nel 2007 un Accordo regionale per la medicina generale, ha introdotto due nuove modalità di associazionismo rispetto a quelle previste dagli ACN precedenti, con l'obiettivo di sostenere e diffondere sul territorio forme associazionistiche complesse. Alle forme di associazionismo semplici (le associazioni, le reti e il gruppo), la regione ha affiancato altre tre forme sperimentali complesse: la super rete, il super gruppo e i centri polifunzionali territoriali (CPT). Presso queste forme organizzative associate prestano lavoro dipendente (degli stessi studi medici) 353 infermieri e 2.044 collaboratori di studio per compiti di segreteria (la Regione contribuisce in parte agli aspetti remunerativi). Le forme associative sono rappresentate come segue: le forme semplici in gruppo sono 133 (22%); reti 143 (24%); associazioni semplici 123 (21%); le forme complesse in super-gruppo 133 (22%); super-reti 66 (11%); CPT 1 (0,17%).

Le forme super rete e super gruppo devono garantire un orario giornaliero articolato in maniera coordinata tra i medici aderenti, tale da

---

8. . Simona Dei, *Cambiare tutti, non solo gli illuminati*, articolo pubblicato su Il Sole 24Ore, supplemento al n. 2, anno XV del 17-23 gennaio 2012, p. 2.



assicurare almeno 10 ore di attività ambulatoriale; l'organizzazione di attività di ambulatori dedicati alla gestione di specifiche patologie e dei relativi percorsi di cura; l'adesione obbligatoria ai progetti regionali già approvati. È stabilito che soltanto i medici aggregati nel super-gruppo debbano operare in un'unica sede.

Il Centro polifunzionale territoriale (CPT) costituisce una forma ancora più evoluta di aggregazione e si avvicina al modello dell'unità complessa di cure primarie. Attraverso questa sperimentazione si intende costituire una sede in grado di erogare assistenza primaria continua nell'arco delle 12 ore. I requisiti strutturali, oltre a quelli previsti dallo studio unico della medicina di gruppo, sono un ambulatorio per le attività mediche e un ambulatorio per le attività infermieristiche. Il centro, che può essere realizzato direttamente in strutture messe a disposizione dai medici o con l'utilizzo di sede e personale resi disponibili dall'azienda territoriale, presuppone l'aggregazione di medici di medicina generale e di personale infermieristico, quest'ultimo deputato in ordine di priorità all'assistenza domiciliare, alle attività di prevenzione e alle altre attività infermieristiche. Come espresso nell'accordo regionale, i CPT troverebbero una logica collocazione nelle strutture complesse di cure primarie, come le UTAP o le Case della Salute.

Tuttavia, i centri polifunzionali territoriali non hanno ancora trovato applicazione nella regione (si registra soltanto un caso) e anche l'implementazione di forme associative complesse (super-rete e super-gruppo) si trova in una fase iniziale e si inserisce in un più complesso processo di riordino del sistema sanitario regionale, come testimonia il direttore di uno dei distretti coinvolti nell'indagine:

Ti dico che cosa abbiamo programmato nell'ultimo anno. Abbiamo programmato la riconversione dello stabilimento ospedaliero in un presidio territoriale dove il modello che abbiamo pensato di codificare è la Casa della Salute, quindi con alcuni servizi che sono la radiologia, il laboratorio analisi, la farmacia, la dialisi, e poi tutte le attività di direzione amministrativa e sanitaria all'interno di questa struttura, il centro IMID che è un centro di eccellenza, è il centro di riferimento regionale l'IMID, e sta per Centro di cura delle patologia cronica immuno-mediata ed ambiente-correlata, ed è anche un centro di riferimento regionale, che starà sempre all'interno di questo presidio. All'interno di questo presidio ci saranno anche i MMG, io spero con un'attività allargata a 12 ore, quindi la costituzione di un CPT (centro polifunzionale territoriale). Sto cercando di far passare a livello di direzione generale, in modo tale che si possa avere un'assistenza h24 perché abbiamo anche il punto di primo intervento, che forse sarà trasformato in h12, e la Guardia Medica, nonché la postazione del 118. Si viene a costruire più di una Casa della Salute, una Città della Salute. Almeno per quanto riguarda tutto quello che non è acuto. (Intervista Direttore di distretto)

#### *4. I modelli strutturali di associazionismo: le unità complesse di cure primarie*

La portata del cambiamento sostenuto sia a livello nazionale, sia nelle singole declinazioni regionali è di grande respiro. Le sperimentazioni introdotte nel campo dell'assistenza territoriale sono partite dall'associazionismo medico e negli ultimi anni si stanno orientando a soluzioni organizzative ancora più evolute, in cui le forme associative possono trovare la loro naturale destinazione. Tale destinazione è rappresentata dalle cosiddette unità complesse di cure primarie, quali strutture operative di cure primarie, fondate sull'integrazione multi-professionale del personale medico e non medico.

È chiaro che i medici di medicina generale sono tra le figure più direttamente coinvolte nel processo: non ancora del tutto abituati al team mono-professionale, sono chiamati ora a reimpostare il loro lavoro e a far parte di un team complesso di cure primarie. La sfida è più che mai aperta, una sfida che se vinta potrebbe trasformare l'assetto del sistema di cure, attribuendo definitivamente all'assistenza territoriale quella centralità da anni inseguita.

L'analisi dei casi regionali scelti ha permesso di mettere in luce alcune esperienze positive ed efficaci di unità complesse di cure primarie. Il caso forse più interessante è quello delle Case della Salute, implementate in Toscana e in Emilia-Romagna.

La Toscana sta sostenendo la diffusione delle Case della Salute, che si presentano come presidi in cui l'accessibilità, la presa in carico, il lavoro multidisciplinare, l'integrazione operativa multi-professionale e la continuità assistenziale risultano elementi centrali. In Regione, sono attualmente attive 11 Case della Salute e altre 14 in fase di attivazione. L'obiettivo è quello di rendere le Case della Salute il perno centrale della salute territoriale; per cui, ad esempio, si tende a situare nelle Case della Salute i Punti Insieme (punti unici di accesso), i moduli della sanità d'iniziativa composti da equipe multidisciplinari, oltre a garantire un'offerta di servizi non solo sanitaria, ma anche socio-sanitaria e sociale. La maggior parte delle Case della Salute attivate presenta dunque al proprio interno ambulatori dei MMG e specialistici, guardia medica, CUP, consultorio, punto prelievi, Punto insieme, operatori della prevenzione, servizi sociali, Servizio per le dipendenze, associazioni di volontariato.

La regione ha cominciato a delineare più compiutamente i requisiti che una Casa della Salute dovrebbe possedere, tentando così di tradurre le sperimentazioni in un modello. Nella delibera del 28 giugno 2010 «Sperimentazione del modello assistenziale Casa della Salute», si delineano due livelli di realizzazione: il modulo base e il modulo complesso. Nel

modulo base, sono previste le seguenti competenze: medicina generale, pediatri di libera scelta, punto di erogazione di assistenza infermieristica domiciliare, servizio assistenza sociale, servizio prelievi e il centro unico di prenotazione (CUP). Il modulo complesso prevede oltre a questi servizi l'erogazione di medicina specialistica, alcune funzioni strutturate della medicina pubblica (visite per pazienti, certificazioni, vaccinazioni, ecc.) e il servizio di continuità assistenziale. Potranno, inoltre, essere presenti nella sede del modulo spazi a disposizione di organizzazioni in rappresentanza dei cittadini quali le associazioni di patologia, il volontariato e il terzo settore.

Le Case delle Salute disseminate nella Regione presentano pertanto livelli di complessità organizzativa diversi. Un esempio di modello complesso è la Casa della Salute di Empoli, in cui troviamo riuniti in una sola struttura RSA, ospedale di comunità, Centro Diurno, oltre ai servizi sopraelencati (Punto Insieme, CUP, poliambulatorio specialistico, medicina di gruppo, presidio per l'assistenza domiciliare e per l'assistenza infermieristica).

Il nuovo Dirigente regionale per i servizi sul territorio ha espresso alcune intenzioni, mirate al rafforzamento del progetto delle case della salute:

Una delle prime cose che vorrei fare qui in Regione è ragionare su qual è la nostra definizione regionale di Casa della salute e quindi cominciare a fare un censimento. Dobbiamo individuare i requisiti minimi da cui partire. Per esempio, secondo me le caratteristiche che deve avere una casa della salute sono: mmg, infermieri, assistente sociale e amministrativi, che seguono un minimo di 5.000? 7.000? 10.000 persone? Questa è la base. Poi, per esempio, quella di Empoli ha la continuità assistenziale, ci sono tutti gli specialisti.

Inoltre, il Dirigente regionale ci spiega qual è l'obiettivo che si vorrebbe raggiungere con la messa a regime della sperimentazione:

L'obiettivo è che la Casa della salute sia riconoscibile e alternativa all'ospedale. Se molti ambulatori e tutti i dottori stanno in una struttura abbastanza grossa, questa diventa visibile nell'immaginario delle persone rispetto al pronto soccorso. Che vuol dire questo? Che se un giorno sto un po' male o mi faccio un po' male, non vado ad intasare il pronto soccorso, ma potrei andare anche lì (Dirigente regionale servizi sul territorio).

Negli ultimi anni, anche l'Emilia-Romagna si è posta l'obiettivo di creare unità di cure primarie complesse in modo omogeneo su tutto il territorio. Per la regione, si tratta di portare a termine un percorso già intrapreso con i nuclei di cure primarie, che hanno rappresentato una forma embrionale di unità di cure primarie complesse.

Le Case della Salute sono presidi del distretto e la loro gestione complessiva è attribuita al Dipartimento di cure primarie. Esse devono garantire la continuità assistenziale (24h; 7 gg. su 7) e un punto unico di accesso per gli assistiti. Le Case della Salute devono integrarsi con gli altri nodi della rete, dal momento che si configurano come un assetto organizzativo autonomo all'interno di una rete integrata di servizi, con relazioni cliniche e organizzative strutturate che collegano i Nuclei di Cure Primarie (e cioè l'assistenza primaria) con gli altri nodi della rete (assistenza specialistica, ospedaliera, sanità pubblica, salute mentale). L'organizzazione prevede che le relazioni organizzative tra i diversi attori siano di norma presidiate dall'infermiere, nella nuova figura di *care-manager*, con conseguente valorizzazione della professione.

## 5. Conclusioni

Il processo di riordino del sistema sanitario italiano che è stato impostato nell'ultimo decennio si trova ora in un momento decisivo.

Il cambiamento ha una portata culturale, in quanto all'approccio difensivo e d'attesa della medicina subentra un modello di sanità proattiva e d'iniziativa, che agisce non solo in termini di cura delle malattie, ma anche di mantenimento dello stato di salute della popolazione, assumendo i bisogni di salute prima che la patologia insorga. Esso investe, inoltre, l'impianto strutturale del sistema, che da una logica ospedale-centrica mette ora al centro l'assistenza territoriale.

Tuttavia, la realtà che si osserva presenta una situazione ancora in divenire, poiché non si è riuscito ad attribuire al distretto un effettivo ruolo centrale nella sanità pubblica, né tanto meno il distretto ha potuto svolgere appieno una funzione di organizzazione e coordinamento della medicina generale (CRICELLI 2011).

Rispetto all'associazionismo medico, l'impegno delle istituzioni e delle rappresentanze sindacali dei medici è stato fin troppo zelante a giudicare dalla continua introduzione di nuove denominazioni e modalità associative che ha contraddistinto gli anni 2000 (Tab. 2).

Senza contare, poi, il margine di sperimentazione concesso alle regioni e, ancora, le diverse interpretazioni assunte nei patti aziendali. Il risultato è stato quello di creare un panorama a tratti confuso, dove coesistono modalità associative molto eterogenee per grado di strutturazione e per capacità di promuovere una reale integrazione multi-professionale.

Tab. 3 - Aggregazioni funzionali e forme associative emergenti nei casi regionali

|                       | Lombardia  | Veneto   | Toscana   | Emilia-Romagna  | Puglia   |
|-----------------------|--|--|---|---|--|
|                       | Chronic Related Group (CREG)   | Medicina di gruppo integrata   | Modulo di sanità d'iniziativa   | Nucleo di cure primarie (NCP)   | Super-gruppo/ Centro polifunzionali territoriali (CPT)   |
| Tipo di aggregazione  | Funzionale   | Funzionale/ strutturale  | Funzionale  | Funzionale/ strutturale   | Funzionale/ strutturale  |
| Composizione del team | Associazioni e cooperative di MMG, ma anche altri «gestori»  | Multi-professionale. (MMG, specialisti, infermieri, assistenti sociali, amministrativi)  | Multi- professionale. (MMG, infermieri, oss)  | Multi- professionale. (MMG, Medici di Continuità Assistenziale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali, Infermieri, Ostetriche, Assistenti Sociali)   | Multi- professionale (MMG e infermieri)  |
| Partecipazione        | Volontaria   | Obbligatoria (dal 2014)  | Volontaria  | Obbligatoria  | Volontaria   |
| Popolazione assistita | Non specificato  | Non specificato  | 10.000 circa  | 15-30.000 circa   | Non specificato  |
| Funzioni/ attività    | Presa in carico di malati cronici e garanzia di applicazione dei percorsi diagnostico-terapeutici. I MMG possono essere sia gestori(provider), sia fornitori(player) | Prevenzione. Prestazioni e processi assistenziali (visite domiciliari e ambulatoriali; diagnostica rapida, etc). Gestione della cronicità (presa in carico del paziente terminale, gestione delle dimissioni protette, delle cure palliative). Integrazione socio-sanitaria. | Individuare tra i propri assistiti quelli affetti da patologie croniche, reclutandoli per l'attuazione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali specifici | Accoglienza. Gestione coordinata delle patologie croniche. Pianificazione dell'assistenza domiciliare. Educazione sanitaria/ terapeutica. Continuità assistenziale per problemi ambulatoriali urgenti per 12 ore, 7 gg. 7. Assistenza farmaceutica. Erogazione diretta dei farmaci. | 10/12 ore di attività ambulatoriale in sede unica o rganizzazione di attività di ambulatori dedicati alla gestione di specifiche patologie. Adesione obbligatoria ai progetti regionali già approvati. |

|                  |  |   |  |   |   |
|------------------|--|---|--|---|---|
| Punti di forza   | Si basa su percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali validati. Attribuisce ai MMG un ruolo manageriale e di committenza dei servizi.  | Diventando l'unica forma associativa possibile, facilità l'inclusione dei MMG nel sistema di cure primarie e l'implementazione di obiettivi regionali/aziendali. Rafforza l'integrazione tra sociale e sanitario (con la presenza dell'assistente sociale) e tra professionisti della salute (MMG, infermieri, specialisti) | Si basa su percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali validati e su indicatori di processo e di esito che permettono il controllo e la valutazione. Approccio proattivo alla cronicità. Coinvolgimento e responsabilizzazione del paziente, che diventa una parte integrante del processo assistenziale. | Rafforza la continuità delle cure e la medicina d'iniziativa. Garantisce un migliore coordinamento fra MMG e gli altri nodi della rete assistenziale. Facilità l'implementazione di obiettivi regionali/aziendali.                | Aumento della disponibilità oraria dell'assistenza di base. Valorizzazione del personale infermieristico  |
| Criticità/limiti | L'arruolamento dei pazienti è subordinato all'adesione dei MMG al CREC. Il sistema remunerativo previsto (remunerazione delle prestazioni mediante tariffe prestabilite) potrebbe portare a comportamenti opportunistici, ( <i>creamskimming</i> ) | La realizzazione della medicina integrata con sede unica è subordinata all'investimento di risorse e alle caratteristiche del territorio e della distribuzione degli assistiti.   | Organizzazione centrata sulla malattia. Difficoltà di implementazione omogenea in tutte le aree geografiche (ad es. aree montane o con bassa densità di popolazione). L'estensione a tutta la popolazione richiede un investimento di risorse economiche.  | L'aggregazione dei MMG è più funzionale che strutturale (es. i medici mantengono il loro studio privato). I Nuclei di cure primarie presentano una variabilità territoriale, rispetto a dotazione tecnologica e di risorse umane. | La proliferazione di forme associative diverse sul territorio può creare difficoltà di coordinamento. I centri polifunzionali territoriali non sono stati ancora implementati |

Nell'analisi condotta nelle 5 regioni sono state considerate sia forme di aggregazione funzionali, sia forme associative vere e proprie, considerandole parimenti come modalità di lavoro in gruppo per i MMG. Nel caso delle aggregazioni funzionali, il lavoro in team è rivolto allo svolgimento di specifiche attività (ad es. la presa in carico dei pazienti affetti da determinate patologie croniche); nel caso delle forme associative, l'attività è prevalentemente rivolta alla garanzia della continuità assistenziale e può essere «strutturale», ovvero sia offrire una gamma più ampia di prestazioni (burocratiche, infermieristiche, specialistiche) e prevedere l'erogazione delle prestazioni in una sede unica di riferimento.

In entrambi i casi, la variabilità regionale traspare in modo significativo dall'indagine e le forme di aggregazione sperimentali illustrate ne sono una prova (Tab. 3).

La Regione Veneto, ad esempio, ha avvertito la necessità di riordinare le varie modalità di associazione dei medici riconducendole ad una sola (la medicina di gruppo integrata), che dal primo gennaio 2014 potrà essere l'unica forma consentita. Tale scelta deriva dall'esigenza di realizzare un coordinamento più efficace sul territorio, come ci spiega il referente della regione intervistato:

non possiamo più permetterci di avere medici che rispondono alle sollecitazioni del sistema in modo diversificato (il medico singolo, in associazione, rete, medicina di gruppo, medicina di gruppo integrata, UTAP ecc.). Costituisce una dimensione difficilmente governabile. Invece, avendo tutti i medici in medicina di gruppo abbiamo lo standard uniforme in tutta la regione. Su questo possiamo creare dei progetti di salute, possiamo creare delle dimensioni di governo del sistema della qualità, che ci consentono di partire da un dato uniforme. (Intervista Referente regione Veneto)

È chiaro che le regioni e le aziende sanitarie che si trovano ad integrare con forme associative molto diverse tra loro rispetto al grado di strutturazione incontreranno anche maggiori difficoltà ad implementare progetti ed interventi in maniera omogenea sul territorio. Per questo, la decisione della Puglia di ammettere nuove modalità associative accanto a quelle tradizionali (la medicina in super-rete e in super-gruppo) potrebbe creare problemi di coordinamento.

Un aspetto di un certo interesse che è emerso dall'indagine riguarda i progetti di sanità d'iniziativa rivolti alle patologie croniche, tra cui il modello proposto dalla Toscana si distingue per efficacia e opportunità di sviluppo. Da un lato, l'individuazione di indicatori di processo e di esito permette un controllo e una valutazione dell'efficacia degli interventi. Dall'altro, il coinvolgimento dei malati cronici attraverso attività di educazione alla salute e di *counseling* individuale e di gruppo appare come uno strumento utile alla responsabilizzazione del paziente nella gestione della salute e della malattia. Il paziente può essere così motivato ad una maggiore *compliance* alla cura e ad una partecipazione attiva nel percorso assistenziale. Tuttavia, la scelta di organizzare i moduli per patologia cronica rappresenta un limite, in quanto ricalca i programmi centrati sul controllo delle malattie che lo stesso WHO riconosce come superati (Tab. 1) e riduce le potenzialità della sanità d'iniziativa di essere un sistema proattivo. La stessa regione riconosce questo limite e nel nuovo Piano Sanitario Sociale Integrato 2012-2015 richiama nei propri obiettivi quello di ri-orientare il sistema sociosanitario toscano ad un approccio centrato sulla persona (*person-focused*) anziché sulla malattia (*disease-focused*) o sui servizi.

Una delle esperienze più efficienti e consolidate di organizzazione dei

medici di medicina generale in un sistema di reti cliniche integrate si è realizzata in Emilia-Romagna. Da diversi anni, i MMG sono stati coinvolti nel progetto dei Nuclei di Cure Primarie, che sono ormai diventati dei punti di riferimento per il cittadino, il quale può trovare in un'unica struttura medico curante, infermieri, ostetrici, operatori socio-assistenziali. Un altro indubbio merito della regione è l'implementazione di infrastrutture informatiche sanitarie che, assieme al sistema SISS della Lombardia, appaiono tra le più avanzate in Italia. Dal progetto Sole - la rete informatica che mette in collegamento medici di medicina generale e pediatri con tutte le strutture di assistenza territoriali e ospedaliere - al Fascicolo Sanitario Elettronico, la diffusione di tali strumenti di condivisione del dato clinico ha portato un indubbio miglioramento nelle cure primarie. Gli stessi medici di medicina generale «hanno riconosciuto all'e-Health l'importanza e la rilevanza dei vantaggi che può apportare alla cura e al rapporto medico-paziente; hanno compreso che può migliorare la conoscenza medica della storia clinica del paziente, essere riferimento principale nell'attivazione dei vari percorsi assistenziali» (MORUZZI 2009, p. 234).

In Lombardia, invece, con la sperimentazione dei *Chronic Related Group* si avanza il tentativo di ridurre la variabilità dei percorsi assistenziali per le patologie croniche, allo scopo di evitare interventi inappropriati e dispersione di risorse. I CREG prevedono che un soggetto gestore si occupi dell'intero processo di presa in carico del paziente cronico, applicando percorsi diagnostico-terapeutici e ricevendo una remunerazione secondo tariffe prestabilite. In questo modo, attraverso la creazione di una sorta di «DRG territoriale», da un lato si vuole garantire ai pazienti una certa omogeneità nell'offerta assistenziale; dall'altro - è innegabile - si punta ad una razionalizzazione dei costi. Il medico di medicina generale potrebbe assumere un nuovo ruolo grazie ai CREG: se si offre come soggetto gestore (*provider*) si fa carico di compiti di natura manageriale; se viene coinvolto come fornitore di servizi (*player*) è comunque più responsabilizzato, poiché inserito in un progetto con obiettivi ben definiti e misurabili. In entrambi i casi, e in modo particolare se si offre come *provider*, per il medico di medicina generale l'aggregazione con altri medici diventa quasi una necessità.

La sperimentazione dei CREG è in una fase iniziale, pertanto non è ancora possibile trarre un bilancio. Se l'aspetto di formalizzazione dei processi di cura può rappresentare un vantaggio dal punto di vista della destinazione delle risorse, d'altro canto potrebbero profilarsi comportamenti distorsivi da parte dei soggetti gestori, i quali dovendo rispettare percorsi di cure e tariffari prestabiliti potrebbero mettere in atto strategie di selezione opportunistica dei pazienti (*cream skimming*).



Rispetto allora ai cambiamenti sull'organizzazione, le competenze, l'informatizzazione e gli incentivi della medicina generale, le regioni esaminate hanno applicato modelli differenti e raggiunto esiti diversi. Gli aspetti positivi riscontrati nell'indagine evidenziano che l'associazionismo medico risulta più efficace in termini di continuità assistenziale, miglioramento della qualità delle cure e riduzione degli accessi impropri alle cure specialistiche, se si verificano alcune condizioni:

- i medici sono integrati in un'équipe multidisciplinare e in una sede unica di riferimento con personale infermieristico e dotazione strumentale diagnostica;
- sono coinvolti in progetti con obiettivi definiti;
- il loro intervento è basato su percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali predefiniti e su indicatori di processo e di esito che ne permettono la valutazione;
- sono responsabilizzati per i costi e gli oneri connessi alle decisioni cliniche;
- la quota variabile della remunerazione è basata sul raggiungimento degli obiettivi;
- la pratica clinica è sostenuta da un'infrastruttura informatica avanzata, che permette una condivisione del dato clinico con tutti i soggetti coinvolti nell'assistenza territoriale e ospedaliera.

La riorganizzazione dell'assistenza primaria sta così trasformando l'associazionismo medico dal modello del gruppo di medici di medicina generale ad un modello di gruppo di cure primarie, quale rete integrata di professionisti e servizi. Il futuro dell'associazionismo è rivolto a team multi-professionali che garantiscano la governance clinica e una presa in carico proattiva della salute della popolazione. Un team che dovrà diventare il punto di riferimento clinico per il cittadino e il riferimento organizzativo per il sistema sanitario.

### *Bibliografia*

- M. BARUCHELLO, *Ospedale e medicina generale: una collaborazione necessaria fra continuità delle cure e sicurezza sul paziente*, «Salute e Società», VI, 3, 2007, pp. 70-82.
- C. CRICELLI, *Forme associative di medicina generale e rapporti con il distretto*, «Quaderno di Monitor», X, 27, AGENAS, 2011, pp. 108-112.
- G. GIARELLI, *L'associazionismo in Medicina Generale: un fenomeno di innovazione culturale o strutturale?*, in G. GIARELLI, M. PATIERNO (a cura), *Medici in associazione. Esperienze, problemi e prospettive dell'associazionismo in Medicina Generale*, Milano, FrancoAngeli, 2006, pp. 21-49.
- IRER, *Definizione di nuovi modelli di gestione dei Medici di Medicina Generale*,

---

*Rapporto 2010*, Milano, 2010.

- J. LANDAU, A. BRAMBILLA, *La medicina di gruppo a Milano e provincia: i reali contenuti*, «Mecosan», 10, 37, 2001, pp. 93-102.
- F. LEVATO, *I Nuclei delle Cure primarie negli accordi aziendali della regione Emilia-Romagna*, in G. GIARELLI, M. PATIERNO (a cura), *Medici in associazione. Esperienze, problemi e prospettive dell'associazionismo in Medicina Generale*, Milano, FrancoAngeli, 2006, pp. 175-193.
- M. MORUZZI, *e-Health e Fascicolo Sanitario Elettronico*, Milano, Il Sole 24 ore, 2009.
- M. PATIERNO, *Sinergie in medicina Generale: associazionismo e formazione come fattori di integrazione professionale*, in *Esperienze, problemi e prospettive dell'associazionismo in medicina Generale*, Milano, FrancoAngeli, 2006.
- G. RIZZI, *Lavorare insieme è meglio, ma sono in pochi a farlo*, «Occhio clinico», 7, 2000, <http://www.occhioclinico.it/occhio/varii/0009var2.html> (2012/09/20).
- P. SALVADORI, *Le cure primarie in Toscana - Focus sulla AUSL 11 Empoli*, in AGENAS, *Le cure primarie*, Rapporto AGENAS, 2008.
- V. TOZZI, *Analisi comparativa delle scelte regionali per la medicina generale in Lombardia, Marche, Sicilia, Toscana e Veneto*, in E. ANESSI PESSINA ET AL. (a cura), *Rapporto Oasi 2002*, Milano, Egea, 2002.
- WHO, *Primary Health Care. Now more than ever*, Report, 2008.

---

## Le ICT e la medicina territoriale. Spunti di riflessione a partire da alcune esperienze regionali

Nicoletta Pavesi

### 1. Premessa

L'incremento delle prospettive di vita consentito dalla migliore qualità della vita stessa, dai progressi della medicina, dal diffondersi di stili di vita sani, porta con sé l'aumento della presenza di patologie croniche quali l'ipertensione, il diabete, le patologie cardiovascolari, la depressione. I dati ISTAT, infatti, ci dicono che dal 2003 al 2012 le persone ultrasettantacinquenni affette da almeno due patologie croniche sono passate dal 64,5 al 69,4% sul totale della popolazione con le stesse caratteristiche di età (le donne sono invece passate 67,3 al 75,1%). I maschi over 75 affetti da diabete sono passati dal 13,3% al 19,5% sul totale della coorte, mentre l'ipertensione colpisce più della metà della popolazione anziana. Ovviamente tutto ciò non può non interpellare il sistema sanitario che viene chiamato a gestire non soltanto acuzie, ma in misura sempre maggiore una situazione di cronicità che riguarda il paziente, i suoi familiari, le sue reti.

Il sistema sanitario, infatti, «era storicamente organizzato per rispondere rapidamente e in modo efficiente alle acuzie. Il focus era posto sul problema immediato, sulla sua rapida comprensione e sull'esclusione di diagnosi alternative, e sull'avvio del trattamento professionale. Il ruolo del paziente era ampiamente passivo» (WAGNER ET AL. 2011, p. 65). Ora invece - e sempre di più in futuro, visto che i dati ci dicono che nel 2030 si avranno nel mondo circa 30 milioni di persone con patologie croniche o degenerative - diventa sempre più centrale il ruolo attivo del paziente, che è chiamato a monitorare la sua condizione di salute nella gestione consapevole della sua malattia.

Nella situazione attuale si tratta allora di integrare il vecchio modello di presa in carica del paziente in fase acuta con una ulteriore prospettiva, quella dell'accompagnamento del paziente cronico, in cui le *Information and Communication Technologies* (ICT) possono assumere (e di fatto

stanno sempre più assumendo) un ruolo di rilievo, tanto che ormai è nel linguaggio comune l'uso del termine *e-health*.

Occorre allora anzitutto chiarire quali sono le caratteristiche dell'*e-health*: un interessante contributo di Eysenbach (2001) suggerisce che potremmo definire l'*e-health* come:

Un settore emergente nella intersezione di informatica medica, salute pubblica e imprese, con riferimento ai servizi sanitari e le informazioni fornite o migliorate attraverso Internet e le tecnologie correlate. In un senso più ampio, il termine caratterizza non solo uno sviluppo tecnico, ma anche una condizione mentale, un modo di pensare, un atteggiamento, e un impegno per la connettività, un pensiero globale, per migliorare l'assistenza sanitaria a livello locale, regionale, e in tutto il mondo utilizzando le tecnologie dell'informazione e della comunicazione.

Si tratta dunque di un campo con caratteristiche articolate e multidimensionali, tanto che lo stesso autore sottolinea come la «e» che precede l'*health* non stia soltanto ad indicarne la natura elettronica, ma vi aggiunge numerose altre caratteristiche. Anzitutto la dimensione di efficienza: l'introduzione delle ICT in sanità promette un risparmio sui costi. Come si legge in un rapporto Istud sull'informatizzazione delle aziende sanitarie lombarde (ANDREOLI ET AL. 2012), l'applicazione delle ICT consente un aumento dell'efficienza, della produttività e del rapporto costi/efficacia, in quanto permette un uso più appropriato dei servizi, una più efficace archiviazione dei documenti sanitari che diventano così più agilmente reperibili, un miglior uso del prontuario farmaceutico, eliminazione delle trascrizioni (con risparmio di tempo e riduzione delle possibilità di errore), gestione migliore dei rimborsi, ecc. L'*e-health* consente poi l'incremento della qualità, misurato in modo rigoroso, l'*empowerment* del paziente, al quale è accessibile una maggiore quantità di conoscenza in merito alla sua patologia, la collaborazione fra diversi professionisti attraverso la condivisione delle conoscenze in generale e della storia clinica del paziente in particolare, la formazione continua dei professionisti favorita dal diffondersi dell'*e-education*, la raccolta e la condivisione standardizzata delle informazioni, l'ampliamento del pubblico interessato ai temi della salute (sia in termini geografici che di *target*), la messa in campo di nuove tematiche di matrice etica, prima non evidenti (il consenso informato, il trattamento dei dati, ecc.). Infine, l'autore propone la dimensione dell'equità come corollario dell'*e-health*: in teoria, il *web 2.0* dovrebbe consentire un maggiore accesso alla salute, tuttavia - come è già avvenuto in diversi campi che si sono trasferiti, almeno in parte, dal reale al virtuale - il rischio del *digital divide* è sempre in agguato. Infatti, è presumibile che le popolazioni più ricche,

più alfabetizzate, che hanno maggiori possibilità di accesso alla rete, saranno quelle che maggiormente beneficeranno della «rivoluzione» dell'*e-health*.

L'introduzione delle ICT in sanità è avvenuta in un primo momento sul versante della gestione delle acuzie ed esclusivamente in ambito ospedaliero, con due obiettivi precisi: «l'accesso all'informazione medica più complessa e originale da parte degli specialisti più avanzati, il controllo dei costi da parte di amministratori e decisori» (GUARINO, MINGARDI 2007, p. 14).

Come ben evidenziato da Reinhold Haux (2006), «quando si lavorava sul computer supportati da sistemi informativi in ambito sanitario circa 40 anni fa, nel 1960, 1970 e 1980, la nostra attività come medici informatici è stata principalmente focalizzata sulle piccole applicazioni in reparti speciali di un ospedale, ad esempio in una unità di laboratorio, di radiologia o di amministrazione» (p. 271): si trattava quindi di un utilizzo dell'informatica su funzioni limitate esclusivamente in ambito ospedaliero, tanto che il sistema veniva chiamato *hospital information systems*.

Il passaggio a un sistema diverso, più ampio e articolato, si è avuto a partire dagli anni '90, con l'introduzione di un modello informativo centrato sul paziente. Infatti, introdurre sistemi informativi regionali o anche più ampi (nazionali e/o globali) consente di passare da una prospettiva di cura centrata sull'istituzione da una centrata sulla patologia che colpisce il paziente.

La prospettiva del *case management*, ossia di «quel processo cooperativo che accerta il bisogno, pianifica, mette in atto, coordina, controlla e valuta le opzioni ed i servizi in risposta alla domanda di un individuo al fine di raggiungere esiti di qualità ed efficienti sotto il profilo economico» (CASE MANAGEMENT SOCIETY OF AMERICA 1995, p. 8), può avvalersi (e di fatto si avvale) in pieno delle opportunità offerte dalle ICT. Infatti, con il passaggio «dalla progettazione di cartelle «aziendali» di episodio (EMR, *Electronic Medical Record*) alla realizzazione di cartelle «di sistema» (locale, regionale, nazionale), in grado di offrire una prospettiva longitudinale della salute dell'individuo lungo la sua vita (EHR, *Electronic Health Record*); alla più recente offerta di sistemi «personali», sotto il diretto controllo del paziente (PHR, *Personal Health Record*), accessibili attraverso il web» (BUCCOLIERO 2010, p. 5) la rivoluzione della medicina digitale ha fatto grandi progressi e si è sempre più diffusa, andando a contaminare pratiche mediche anche al di fuori delle strutture ospedaliere. È in questo ultimo *step* che l'*e-care* trova infatti il suo terreno di utilizzo nella medicina territoriale: la garanzia della presa in carico consapevole, perché ricca di informazioni, del paziente (soprattutto quello cronico) una volta terminata la fase di acuzie della malattia da

parte della medicina territoriale è infatti resa possibile dalla condivisione fra attori del sistema sanitario delle informazioni *paperless* che riguardano il paziente stesso. L'esistenza dunque degli *Electronic Health Record* consente agli operatori sanitari di avere sempre disponibile la storia sanitaria della persona in cura. Vedremo più avanti come questo sistema sia di fatto già presente in alcune sperimentazioni virtuose in alcune regioni italiane.

La digitalizzazione dell'informazione sui pazienti ha consentito un passaggio ulteriore: quello al *disease management*, ossia alla gestione standardizzata (perché studiata, condivisa, aggiornata, supervisionata dagli specialisti) di gruppi di pazienti portatori della stessa patologia (il diabete, la BPCO, le malattie cardiovascolari, ecc.): «Ora abbiamo la possibilità di estendere la possibilità di utilizzare i dati, primariamente utilizzati per la cura del paziente, anche per la ricerca clinica. Questa possibilità avrà un'influenza costante sulla statistica medica e sull'epidemiologia, in termini di differenti tipologie di ricerche e di metodi di analisi dei dati» (HAUX 2006, p. 273).

I mutamenti introdotti dalle ICT hanno indotto anche ad affrontare il tema del rapporto fra nuove tecnologie applicate alla medicina ed *empowerment* del paziente. L'analisi della letteratura consente di mettere in luce tre prospettive di lettura dell'*empowerment* in sanità: la prospettiva professionale, in base alla quale l'attore vede implementarsi la sua capacità di aderire ai punti di vista dei professionisti; la prospettiva del consumatore, in base alla quale il paziente vede implementata la fiducia nelle proprie capacità di fare scelte; la prospettiva comunitaria che vede potenziata l'inclusione sociale attraverso il supporto collettivo (LEMIRE ET AL. 2008). La prima logica, definita «professionale», «fa riferimento a un processo di *empowerment* nel quale gli individui acquisiscono una competenza esperta la utilizzano in pratica, in modo tale che essi possono agire per la propria personale salute» (Ibidem: 131). Le persone diventano così protagoniste nella prevenzione, nella cura o nel monitoraggio delle proprie condizioni di salute/malattia (SALOMON, HALL 2003), ma fanno questo accettando e facendo propria la posizione del modello *mainstreaming* di salute, quello biomedico, in base al quale sono i professionisti gli unici legittimati a definire lo stato di salute (DIXON-WOODS 2003). Da questo punto di vista l'*empowerment* del paziente ha lo scopo di renderlo più in grado di comprendere il punto di vista dei medici che lo hanno in cura e quindi di aderire pienamente al trattamento previsto (EPSTEIN ET AL. 2004). Questa idea di *empowerment* è molto vicina a quella di *compliance* che ha caratterizzato il rapporto medico-paziente nel modello tradizionale di medicina, seppure con un elemento in più: il paziente è un soggetto attivo nella comprensione del suo stato di

salute/malattia e nel reperimento delle soluzioni e degli stili di vita da mettere in atto. La seconda logica, definita «del consumatore», legge l'*empowerment* come un processo di personale affermazione nell'assumere decisioni basate su personali punti di vista e risorse. Questa logica offre maggiore potere ai cittadini nella gestione della propria salute, attraverso l'assunzione di responsabilità in merito alle scelte di cura e alle conseguenze che da esse discendono. Non si tratta di negare la legittimità delle istituzioni sanitarie e la competenza degli operatori, ma di sottolineare la legittimità per il paziente di assumere personalmente le decisioni in merito alla propria salute, attraverso la selezione dei trattamenti, che talvolta fanno riferimento anche alle medicine non convenzionali. Infine, la logica comunitaria si esprime nella partecipazione alla vita della comunità, attraverso gruppi di sostegno, attività di *advocacy*, scambio di informazioni, ecc. che possono ovviamente essere favorite dalla diffusione delle informazioni in rete.

## 2. Alcune esperienze nelle Regioni studiate

Nonostante il focus della ricerca presentata nel volume non fosse l'uso delle ICT nella medicina territoriale, è stato possibile raccogliere alcune informazioni<sup>1</sup>, seppure non esaustive, sulla situazione nelle regioni studiate in merito alla diffusione dell'*e-health*.

Dalla ricerca è emerso che quattro regioni sembrano avere attivato un processo *hard* di implementazione del sistema informativo, con significative ricadute sulla dimensione della medicina territoriale: Lombardia, Emilia, Veneto e Toscana.

La Regione Lombardia opera con il progetto SISS (Sistema Informativo Socio Sanitario), avviato nel 1999, che è rappresentato «dall'insieme delle applicazioni e delle infrastrutture informatiche presenti sul territorio (sistemi informativi di farmacie, medici, ospedali, Regione Lombardia, ecc.) che concorrono all'erogazione dei servizi socio-sanitari all'interno della Regione Lombardia» (<http://www.siss.regione.lombardia.it/ds/Satellite?c=Page&childpagename=SISS%2FSISSLLayout&cid=1213347263759&p=1213347263759&packedargs=locale%3D1194453881584&page name=SISSWrapper>). Secondo il testo unico della sanità Legge regionale n. 33 del 30 dicembre 2009, tutti gli attori del sistema socio-sanitario

1. Proprio perché l'*e-health* non ha rappresentato uno dei focus specifici della ricerca, i materiali cui facciamo riferimento sono quelli disponibili sui siti istituzionali delle regioni o dei soggetti cui le regioni hanno affidato formalmente l'implementazione dell'*e-health* sul loro territorio.

lombardo sono tenuti a utilizzarne i servizi. Tale progetto è interamente affidato nella gestione alla società Lombardia Informatica, società di servizi a capitale pubblico, costituita nel dicembre 1981 su iniziativa della Regione Lombardia.

Il Sistema informativo sociosanitario (SISS) (l.r. n. 33/2009, art. 21, co. 15) presenta le seguenti finalità:

- costituire il centro di coordinamento operativo delle unità periferiche confluenti nel sistema informativo locale;
- raccogliere informazioni derivanti da queste unità, elaborarne la sintesi e provvedere alla trasmissione dei dati ai settori competenti;
- operare in stretto coordinamento con l'osservatorio epidemiologico regionale, fornendo dati che l'osservatorio elabora e utilizza per adempiere alle proprie funzioni;
- fornire in modo tempestivo la diffusione di informazioni di carattere scientifico e sanitario provenienti da fonti nazionali e comunitarie.

La mancata adesione da parte degli erogatori dei servizi sociosanitari (compresi MMG, PLS e farmacisti) al Sistema informativo viene considerata grave infrazione e come tale sanzionata (art. 22, co. 1).

Il progetto prevede l'esistenza di due supporti, uno per i cittadini, ed uno per gli operatori sociosanitari: i primi sono dotati della Carta Regionale dei Servizi (CRS), i secondi della Carta SIS, entrambe dotate di un microchip. La CRS consente al cittadino di avere sempre con sé la chiave di accesso a tutte le informazioni sanitarie e amministrative che lo riguardano e può dunque autorizzare gli operatori abilitati ad accedervi in ogni momento per ottenere le informazioni necessarie per la sua cura. Con la Carta SIS l'operatore socio-sanitario abilitato può inserirsi nel Sistema informativo tramite delle postazioni informatiche e accedere in qualsiasi momento ai dati sanitari archiviati per ogni cittadino. Attraverso la carta riservata agli operatori sociosanitari è possibile effettuare prescrizioni farmaceutiche e ambulatoriali, avanzare richieste di ricovero oppure registrare referti e consultare la storia clinica del paziente/utente.

Il SISS, secondo il dichiarato della Regione, si pone l'obiettivo di favorire una maggior efficienza e qualità nell'ambito dell'assistenza socio-sanitaria, ottimizzando, nel contempo, l'uso delle risorse disponibili, attraverso:

Il miglioramento dei servizi al cittadino per mezzo della riduzione della "distanza" tra questi e gli Enti/Strutture eroganti; la continuità del processo di cura ed il miglioramento della qualità dei processi di prescrizione, diagnosi e cura; la pianificazione e l'equilibrio del Sistema Socio-Sanità; l'efficienza e la semplifi-



cazione dei processi interni del sistema. (Lombardia Informatica, Overview del Progetto SISS, revisione del 03/08/2012, URL: <http://www.siss.regione.lombardia.it/EdmaSissPortaleSitoWeb/documentoDiProgetto.do?doc=15639255>).

Tale sistema, quindi, cerca di coniugare da una parte principi e obiettivi organizzativo-gestionali e dall'altra obiettivi di *patient empowerment* grazie alla possibilità offerta al paziente di accedere direttamente ai suoi dati socio-sanitari.

- Il progetto abbraccia cinque obiettivi specifici:
- l'integrazione degli enti della socio sanità;
- il fascicolo sanitario elettronico;
- i servizi al cittadino;
- la dematerializzazione;
- il governo del sistema.

Per quanto riguarda il primo obiettivo, la documentazione ufficiale della Regione Lombardia dichiara di avere ormai raggiunto la «massa critica» degli attori del sistema socio sanitario. Si tratterà ora di implementare i *link*, non soltanto verso gli utenti principali del sistema sanitario (cittadini, ASL, AO pubbliche, MMG e PDF), ormai ampiamente collegati, ma anche verso quei soggetti privati (enti erogatori privati accreditati, che - come viene chiarito in altra parte del report - costituiscono una parte rilevante del sistema sanitario lombardo) non ancora pienamente in rete. Sul versante del socio sanitario, il progetto prevede nei prossimi tempi l'implementazione dei collegamenti con le RSA, con le strutture dell'area delle dipendenze e con quelle che fanno capo all'area della disabilità.

Il FSE (Fascicolo Sanitario Elettronico) consiste in un insieme di documenti elettronici tra loro collegati, condivisibili da soggetti sanitari diversi, pubblici e privati, contenente una serie di dati di natura sanitaria che ricostruiscono la storia sanitaria del paziente. All'interno del FSE sono contenuti, tra l'altro:

- Documento Clinico Elettronico, formato da tutti i documenti informatici sanitari firmati digitalmente e prodotti nei principali processi sanitari (es. referti di laboratorio; lettere di dimissione da *day hospital* e da ricovero; referti ambulatoriali; verbali di pronto soccorso; referti diagnostici, immagini di tipo radiologico);
- *Patient Summary*, ossia un documento di sintesi clinica del paziente che aiuta la gestione delle situazioni di emergenza;
- *Personalized Health Informatics (PHI)*: si tratta di un'interfaccia specifica pensata per il cittadino che gli consentirà, sottostando ad precise regole, di inserire e scaricare autonomamente dati clinici per la gestione delle informazioni sanitarie. L'obiettivo evi-

dente è quello di muoversi verso le logiche della *Personalized Health Informatics* (PHI). Attraverso la sua *smart card* il cittadino può ad oggi prenotare visite specialistiche, consultare il suo Fascicolo sanitario elettronico, accedere ad alcuni servizi sociosanitari della Regione Lombardia (dote formazione, dote scuola, accesso a bandi di finanziamento, ecc.), eccedere ad alcuni servizi degli enti locali, ecc;

- Reti di patologia: si tratta in questo caso di implementare il *case management* attraverso la realizzazione di un «reparto virtuale» in cui più attori fisicamente non contigui contribuiscono nello stesso momento al processo di diagnosi e cura, in cui «girano» le informazioni e non il paziente. Questo consente dunque di condividere informazioni, ma anche documenti strutturati creati all'interno della rete di patologia. Inoltre, questo consente la creazione di una banca dati centralizzata che rappresenta un indubbio strumento di ricerca e di governance del sistema;
- Percorso Diagnostico Terapeutico (PDT):

I Percorsi Diagnostico-Terapeutici rappresentano schemi procedurali clinici (medici e infermieristici) comprendenti test diagnostici, trattamenti e consulenze specialistiche, redatti allo scopo di supportare programmi di trattamento coordinati ed efficienti a livello regionale. Il sistema di gestione dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici si propone come lo strumento per la gestione del processo di *follow-up* del paziente (cioè l'insieme di attività conseguenti a un episodio di cura). Lo strumento deve realizzare una sorta di *network* cooperativo in grado di mettere in comunicazione e abilitare la condivisione delle informazioni fra tutti gli attori coinvolti nel PDT del paziente. La raccolta dei documenti dei PDT avviene entro un'area dedicata del Fascicolo Sanitario Elettronico e questo permette di dare un valore aggiunto ai medici, dando la possibilità di consultare tutti i documenti presenti nel Fascicolo, anche con riferimento a quelli che vengono tipicamente prodotti al di fuori del contesto del PDT ma che hanno significatività all'interno dello stesso. (<http://www.siss.regione.lombardia.it/ds/Satellite?c=Page&childpagename=SISS%2FSISSLayout&cid=1213350301376&p=1213350301376&pagenam=SISSWrapper>).

Anche la Regione Veneto sta lavorando su un progetto particolarmente rilevante in termini comunicativi: il progetto DOGE<sup>2</sup>. Si tratta di un progetto che intende creare una rete fra i professionisti di *primary care*, MMG e PLS, per rendere immediatamente disponibili agli operatori

2. Vedi il documento: Barbara Battistella, Arianna Cocchiglia, Massimo Caruso, Michela Gabrieli, *Progetto DOGE*, Arsenal.it, Venezia, 2011

le informazioni riguardanti i pazienti e favorendo in questo modo la continuità assistenziale. Con il supporto tecnico del Consorzio Arsenàl.IT (un consorzio volontario formato dalle 23 aziende sanitarie e ospedaliere del Veneto che si pone come *mission* lo sviluppo dell'*e-health* per il miglioramento dei servizi sanitari erogati ai cittadini) si è avuta una prima fase sperimentale iniziata nel 2009 presso l'ULSS 19 di Adria<sup>3</sup> ed entrata a regime nel 2011, coinvolgendo circa 70 operatori. Ora il progetto è in fase di implementazione in tutta la Regione. «Si tratta di una strategia architettonica che vede coinvolti tutti i soggetti che partecipano al processo di cura: cittadino, MMG/PLS, Aziende Sanitarie e infine Regione. Quest'ultima non è un attore coinvolto in prima linea nel processo di cura, ma ha un ruolo di controllo e governo sull'intera rete e sui dati sanitari prodotti.» (BATTISTELLA ET AL. 2011, p. 56). I servizi garantiti dalla rete sono raggruppabili in quattro macro-aree: servizi anagrafici, servizi documentali, servizi di *e-prescription*, servizi di *privacy*.

Dalla lettura del documento di progetto emerge con chiarezza la dimensione strategica nel collegamento fra SIO (servizi informativi ospedalieri e aziendali) e i MMG e i PLS, tanto per la parte documentale (ad esempio, un MMG può scaricare dal suo terminale la scheda anagrafica del paziente, compresa la parte di immagini) quanto per la parte di *e-prescription* (ad esempio, viene inviata una notifica al MMG o al PLS per notificargli che a un certo paziente è stata creata una prescrizione da parte da un medico non MMG/PLS).

Tale progetto si interfaccia e si integra ovviamente con l'ulteriore progetto della Regione Veneto Escape, cofinanziato da DigitPA (Ministero della Pubblica Amministrazione e Innovazione) e Regione Veneto, che permette la gestione digitale dell'intero ciclo di firma, certificazione, archiviazione, estrazione, distribuzione e conservazione dei referti digitali, permettendo di lasciare inalterata la loro validità legale. Ciò significa che ogni cittadino del Veneto potrà scaricare i propri referti direttamente da Internet, senza doversi recare allo sportello. Il progetto, avviato nel 2009, prevede entro il 2012 la copertura di tutto il territorio regionale.

Sebbene si tratti di progetti molto interessanti, che favoriscono da una parte il controllo e la governance dell'organizzazione, e dall'altra la centralità del paziente al quale viene garantita la presa in carico globale grazie al Fascicolo elettronico, si tratta di iniziative che hanno il paziente come destinatario, e che dunque non ne favoriscono l'inserimento attivo nel processo di comunicazione. Lungo quest'ultimo asse si muove

3. Con la d.GR n. 3889 del 9 dicembre 2008 la Regione Veneto affida all'Azienda ULSS 19 Adria il progetto per l'attuazione della l.r. n. 34 del 2007 «Norme in materia di tenuta, informatizzazione e conservazione delle cartelle cliniche e sui moduli di consenso informato».

però il progetto SUSTAINS (<http://www.renewinghealth.eu/web/guest/progetti/sustains/il-progetto>), che vede coinvolti 16 *partners* di 12 paesi europei. La Regione Veneto partecipa a questa sperimentazione con l'ULSS 8 di Asolo che si avvale del supporto tecnico del Consorzio Arsenal.IT nel ruolo di *subcontractor*. In sostanza, il progetto intende studiare la possibilità di consentire al cittadino un accesso diretto ai propri dati sanitari e di utilizzare internet per una serie di attività, quali la prenotazione di visite, i contatti con il medico, ecc. Nel progetto, infatti, si legge che sono sostanzialmente tre gli obiettivi verso cui si muove questa sperimentazione:

*Empowerment* del cittadino: si tratta di una crescente tendenza da parte dei pazienti e dei cittadini che richiedono di avere un ruolo attivo nel proprio processo di cura. Ciò contribuisce a rispondere alle esigenze di rispetto e dignità del trattamento;

Risultati clinici: il progresso nel trattamento soprattutto delle patologie croniche necessita di un contatto continuo ed efficiente tra paziente e professionista per ottenere migliori risultati dal punto di vista clinico;

Efficienza e risparmio: con i nuovi trattamenti disponibili, e la crescente domanda dai pazienti/cittadini, c'è la necessità di migliorare l'efficienza e il risparmio. (<http://www.renewinghealth.eu/web/guest/progetti/sustains/gli-obiettivi>).

L'*empowerment* del paziente viene anche perseguito nell'ambito di un altro progetto pilota presente in Regione Veneto: RENEWING HEALTH. Si tratta di un progetto europeo che mira a valutare l'impiego di *Personal Health Systems* (PHS) e di servizi di telemedicina nel monitoraggio di pazienti cronici affetti da patologie cardiovascolari, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e diabete (<http://www.renewinghealth.eu/web/guest/progetti/renewing-health/il-progetto>). Attraverso il monitoraggio del paziente al suo domicilio, si offre al medico curante la possibilità di intervenire in caso di riacutizzarsi della malattia, e insieme si prendono in considerazione i bisogni dei pazienti e degli operatori professionali, le loro capacità, i rischi e i benefici, favorendo soluzioni che sostengono l'*empowerment* dei pazienti e l'aumento della loro soddisfazione. Contemporaneamente si possono conseguire risultati di contenimento dei costi (grazie ad un minore ricorso ai servizi di emergenza, ai ricoveri ospedalieri e alle cure specialistiche) e di creazione di un modello organizzativo di presa in carico di alcune cronicità (come i CREG in Regione Lombardia) che consentano un efficace ed efficiente utilizzo delle risorse e una sempre più stretta collaborazione fra i diversi operatori. Inoltre, attraverso l'utilizzo del MAST (*Model of Assessment of Telemedicine*) è possibile valutare i sistemi di telemonitoraggio per pazienti affetti da

patologie croniche a livello sociale, clinico, tecnologico, organizzativo ed economico, garantendo così una valutazione scientifica e standardizzata dei processi.

Anche la Regione Emilia Romagna ha investito e sta continuando a investire sulle ICT. Si legge infatti nel Piano Socio Sanitario 2008-2010:

Una moderna rete di servizi tesa alla qualità, all'appropriatezza, all'integrazione dei percorsi e alla loro deburocratizzazione deve fondarsi, oltre che sulle insostituibili risorse umane, su un adeguato impiego di *Information and Communication Technology* (ICT). La tecnologia informatica, le componenti informative e le infrastrutture di comunicazione sono un eccezionale strumento per migliorare il lavoro degli operatori sociali e sanitari, l'accesso ai servizi e la gestione dei percorsi assistenziali, così come sono indispensabili per chi deve stabilire politiche e programmi a livello strategico. (PSSR 2008-2010, pag. 181)

Coerentemente con la l.r. n. 11/2004 «Sviluppo Regionale della Società dell'Informazione», in Regione Emilia Romagna si è sviluppato il Sistema informativo sanità e politiche sociali, un «sistema informativo in grado di supportare le attività di programmazione, di valutazione e di regolazione del sistema» (PSSR 2008-2010, pag. 181). In particolare, il PSSR richiama il progetto SOLE (Sanità On Line), parte del Piano telematico regionale, partito in modo sperimentale soltanto in alcune aziende sanitarie della regione e gradualmente esteso a tutto il territorio. Attraverso l'opera di CUP 2000 Spa, cui la regione ha affidato l'attività di implementazione dell'*e-health* in regione, è nata la rete SOLE, con l'idea di favorire «lo scambio delle informazioni cliniche tra i professionisti, per accelerare i processi decisionali, per eliminare le ridondanze, per ridurre gli errori e quindi migliorare la qualità dell'assistenza» (ORSI 2011). Si tratta di una rete virtuale che connette fra di loro i cittadini emiliani, i PLS e i MMG con le strutture ospedaliere e ambulatoriali dell'Emilia-Romagna, compresi i laboratori e i centri diagnostici e con le strutture amministrative delle aziende sanitarie. Anche nel progetto Sole, come nelle analoghe esperienze che abbiamo visto in Lombardia e in Veneto, è evidente la centralità del medico di base, indicato come primo e indispensabile riferimento per i cittadini, al quale si consente «di migliorare la capacità di presa in carico e di cura (sia per le patologie più comuni, sia per patologie croniche e degenerative), e di essere punto di raccordo per specifici percorsi assistenziali» (<http://www.progetto-sole.it/pubblica/index/obiettivi>).

Dal sito ufficiale del progetto ([www.progetto-sole.it](http://www.progetto-sole.it)) si evince che ad oggi sono attivi i seguenti servizi:

- comunicazione in automatico, dagli uffici dell'azienda USL ai MMG e ai PLS, degli aggiornamenti anagrafici degli assistiti con le relative scelte o revoche effettuate dagli stessi;

- utilizzo di un unico catalogo regionale delle prestazioni (catalogo Sole) da parte di medici e pediatri di famiglia e medici specialisti delle aziende sanitarie per la prescrizione di prestazioni specialistiche ambulatoriali;
- invio da parte dei medici e dei pediatri di famiglia alle aziende USL delle prescrizioni di visite ed esami specialistici per i propri assistiti. Tali prescrizioni sono messe a disposizione dei sistemi CUP aziendali/provinciali i quali, attraverso un codice, «recuperano» in via informatica tutte le informazioni contenute nella ricetta cartacea velocizzando così i tempi di sportello e agevolando le prenotazioni telefoniche.
- ritorno dalle aziende sanitarie ai medici e pediatri di famiglia dei referti dei propri assistiti per accertamenti di laboratorio, di radiologia e specialistica, oltre che delle notifiche di avvenuto ricovero/dimissione in ospedale, delle relative lettere di dimissione, dei referti sintetici di prestazioni di pronto soccorso;
- messa a disposizione da parte delle aziende sanitarie ai medici e ai pediatri di famiglia della codifica unica delle esenzioni dal pagamento del ticket;
- gestione del processo amministrativo da parte delle aziende USL dell'assistenza domiciliare integrata, grazie alla condivisione tra medici, pediatri di famiglia e azienda USL del piano di avvio della presa in carico dell'assistito;
- inserimento delle vaccinazioni antinfluenzale ed anti-pneumococcica da parte degli operatori dei servizi vaccinali, dalle pediatrie di comunità e dei medici e dei pediatri di famiglia;
- notifica da parte dei medici e dei pediatri di famiglia all'azienda USL delle prestazioni aggiuntive erogate agli assistiti (fleboclisi, medicazioni, ecc.).

Presso alcune aziende USL (Reggio Emilia, Ferrara, Ravenna e Rimini) è inoltre in corso la sperimentazione dello scambio, in tempo reale, tra medici e pediatri di famiglia e specialisti, delle informazioni relative alla presa in carico dei pazienti diabetici (nell'ambito del programma assistenza integrata diabete tra il medico di famiglia e il centro diabetologico).

Al 28/03/2011 erano attivi nella rete SOLE 3118 MMG e 589 PLS, con una copertura rispettivamente del 98,1 e del 97,5% sul totale dei medici.

Tale progetto dovrebbe portare al cittadino una serie di vantaggi: anzitutto si dovrebbe avere un miglioramento dei processi di comunicazione tra medici e pediatri di famiglia, altri specialisti territoriali e ospedalieri, al fine di migliorare la conoscenza e i processi di cura; contemporaneamente dovrebbe migliorare la possibilità di presa in carico e di cura da parte di medici e pediatri di famiglia. Dovrebbero migliorare i percorsi

di cura con continuità assistenziale da parte del medico o pediatra di famiglia per persone con particolari patologie (malattie croniche, diabete, ecc.) e/o in condizioni di non autosufficienza. Infine, il cittadino dovrebbe vedersi facilitato nell'accesso ai servizi sanitari limitando la necessità di recarsi da un punto all'altro del sistema per avere informazioni. Ovviamente anche il sistema sanitario regionale (e i suoi operatori a vari livelli) ne dovrebbero trarre vantaggio i termini di efficacia, efficienza, di raccolta di informazioni e loro standardizzazione, ecc.

Appare però evidente che questa è una rete «attorno» al cittadino, ossia un *network* che favorisce la comunicazione fra i vari soggetti che ne hanno in carico la salute, ma che vede il cittadino come soggetto passivo della rete. Non a caso, il sito istituzionale del progetto indica fra i protagonisti la regione, i MMG e i PLS, gli specialisti ambulatoriali e ospedalieri, le aziende sanitarie regionali, CUP 2000 e le *software houses* che sul territorio lavorano per l'implementazione del sistema informatico, mentre non vengono citati i cittadini. Una parte attiva ai cittadini è invece attribuita nel progetto del Fascicolo Sanitario Elettronico, che permette a ogni cittadino di accedere ai propri documenti sanitari via Internet, in qualsiasi momento, da qualsiasi luogo. Se il soggetto ha dato il proprio consenso, tutti i dati presenti nella rete SOLE entrano automaticamente a far parte del FSE. Si tratta di dati anagrafici, referti di visite ed esami; referti di pronto soccorso; lettere di dimissioni da ricovero; prescrizioni elettroniche. Ogni utente ha inoltre la possibilità di inserire autonomamente informazioni personali (es. dati relativi al nucleo familiare, dati sull'attività sportiva, sugli stili di vita, ecc.), documenti sanitari (es. referti di esami effettuati in strutture non convenzionate; referti archiviati in casa) rendendo così ancora più ricco il suo fascicolo sanitario. Soltanto i medici autorizzati dal cittadino potranno avere accesso ai dati inseriti nel FSE: dal punto di vista della presa in carico del paziente da parte dei medici, questo appare una evidente limitazione.

Ad oggi restano diversi punti di criticità:

- possibilità del cittadino di rendere visibile in modo selettivo solo alcuni eventi clinici ai soggetti abilitati all'accesso;
- oscuramento del singolo documento verso il singolo professionista o tipologia di professionista;
- accesso selettivo ai dati da parte di personale sanitario, che deve poter vedere solo le informazioni necessarie ad espletare le finalità associate al proprio ruolo. (ORSI 2011)

Anche la Regione Toscana da tempo si sta impegnando in un processo di progressiva informatizzazione, con due scopi ben precisi: la sburocra-tizzazione del rapporto fra l'istituzione e il cittadino, al quale si propone

un approccio collaborativo e responsabilizzante; il miglioramento della qualità dei servizi erogati insieme al contenimento dei costi.

L'infrastruttura che rende possibile l'implementazione in sanità delle ICT è rappresentata da:

- Rete Telematica Regionale Toscana. Si tratta di una infrastruttura di ampie capacità, ramificata sull'intero territorio regionale, autonoma, interconnessa ad Internet e ad altre reti;
- *Tuscany Internet eXchange*. È il Centro servizi/Data center per la Regione Toscana, le aziende sanitarie e gli enti del territorio, il punto neutrale di interconnessione tra le reti telematiche delle pubbliche amministrazioni e degli operatori privati;
- Cooperazione Applicativa Regionale Toscana. È questo uno strumento che realizza l'interoperabilità tra i sistemi informativi dei soggetti della rete regionale e dei soggetti esterni (Ministeri, Istituti ecc.). È utilizzato per la trasmissione di qualsiasi informazione o documento elettronico.

Nel Piano Sanitario Regionale 2008-2010 approvato con delibera 125/2009 dalla Giunta Regionale è introdotta la Carta Sanitaria Elettronica, che va a integrarsi con il Fascicolo Sanitario Elettronico, introdotto a partire dal 2010, strumento che - come abbiamo visto - consente l'archiviazione dei dati anagrafici e clinici del paziente, al quale il cittadino stesso può contribuire con l'inserimento di dati personali. Rispetto alle altre regioni, in Toscana è il cittadino a scegliere come alimentare il proprio fascicolo. Sono infatti previste due modalità:

- Modalità Automatica: tutti gli eventi sanitari entreranno a far parte automaticamente e autonomamente del fascicolo sanitario elettronico (opzione predefinita).
- Modalità Manuale: ogni volta che viene prodotto un nuovo evento sanitario, il cittadino deve scegliere se tale evento deve entrare a far parte del fascicolo sanitario elettronico oppure no. Resta comunque l'opportunità di poter rimuovere o recuperare gli eventi precedentemente inseriti o rimossi. ([http://www.regione.toscana.it/regione/multimedia/RT/documents/2010/04/13/88e7e7b189a837f40b63adfb73ce9a92\\_fascicolo.pdf](http://www.regione.toscana.it/regione/multimedia/RT/documents/2010/04/13/88e7e7b189a837f40b63adfb73ce9a92_fascicolo.pdf)) (2012/03/04)

Inoltre, a differenza di altre regioni, in Toscana è solo il cittadino ad avere accesso al suo FSE attraverso la nuova Tessera Sanitaria dotata di *microchip*, mentre sono diversi gli attori che lo vanno ad alimentare (MMG, PLS, Ospedali, RSA, 118 ecc.). L'unico caso di accesso al FSE non guidato direttamente dal cittadino è in situazione di emergenza, per ruoli specifici nella sola Regione Toscana. Il cittadino può consultare il proprio



Fascicolo dal computer di casa, presso il proprio medico di famiglia o uno specialista, presso un punto di accesso assistito.

### 3. Alcuni spunti di riflessione

Dall'analisi – seppure molto parziale – delle esperienze di utilizzo dei sistemi di ICT nel sistema sanitario di alcune regioni italiane, è possibile rilevare alcuni punti di convergenza, seppure in presenza di alcune differenze fra le regioni indagate.

Anzitutto occorre sottolineare come i Sistemi Sanitari Regionali siano chiamati a muoversi entro due direzioni ben precise:

- l'incremento di efficienza del Sistema Sanitario Regionale, ottimizzando l'impiego delle risorse ospedaliere e rendendo più efficaci i percorsi di cura, attraverso una miglior gestione dei flussi informativi e l'introduzione di modelli operativi innovativi, capaci di superare le tradizionali logiche di verticalizzazione autarchica che caratterizzano in gran parte l'operato delle diverse strutture che operano all'interno del Sistema Sanitario nello scenario attuale;
- lo spostamento progressivo del baricentro del Sistema Sanitario verso un modello di assistenza articolato sul territorio e sulla prossimità al cittadino, in grado di costituire un'alternativa efficace alla ospedalizzazione per la gestione delle cure primarie, attraverso modelli organizzativi evoluti che, coordinando un network di soggetti specializzati ed operanti sul medesimo territorio, è in grado di offrire servizi articolati e qualitativamente elevati». (CONFINDUSTRIA – COORDINAMENTO SERVIZI E TECNOLOGIE, URL: <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato6531108.pdf>).

Dall'analisi delle situazioni nelle regioni studiate, appare evidente l'apporto delle ICT in entrambe le direzioni. Nel primo caso, emerge che la creazione di un sistema regionale di archiviazione dei dati sanitari di tutti i cittadini della regione, magari anche realizzando un CUP regionale in grado di organizzare, con maggiore efficienza, le prenotazioni, gli accessi, la gestione delle unità eroganti e di fornire informazioni ai cittadini attraverso una visione globale e complessiva dei CUP locali, consente una migliore gestione delle risorse, un monitoraggio delle stesse e delle richieste, la creazione di banche-dati scientifico-epidemiologiche sulle quali costruire percorsi di *disease management* su gruppi di pazienti che presentano analoghe patologie in ottica collaborativa fra i diversi soggetti implicati. Nel secondo caso, appare evidente come il passaggio all'*e-clinical* governance possa ridurre al minimo l'ospedalizzazione, rendendo la casa il terzo livello della struttura di cura sanitaria, insieme

all'ospedale e al territorio. Questo, però, richiede una profonda integrazione fra le tre dimensioni:

L'erogazione di prestazioni che rispondano a criteri di necessità, appropriatezza, efficacia ed efficienza è praticabile quindi attraverso l'integrazione e il coordinamento delle risorse assistenziali in un unico processo di presa in carico. [...] Si rende indispensabile il superamento dei confini informativi esistenti tra le diverse banche dati, in modo da favorire lo scambio di informazioni tra i professionisti che operano in servizi differenti. [...] È necessario pertanto garantire una raccolta coordinata e puntuale di informazioni individuali, di utilizzo e di esito delle prestazioni sanitarie, disponibili costantemente e accessibili agevolmente come risorsa della normale attività clinica, di governo dei percorsi sanitari del paziente, per migliorare la qualità delle cure e garantire la continuità assistenziale. (SAVORANI 2007, p. 63)

Dalla ricerca è emerso che grazie alla collaborazione - resa più agevole dall'introduzione delle ICT - sono stati attivati gruppi interprofessionali che hanno portato alla definizione di linee guida per la presa in carico di pazienti con patologie croniche molto diffuse (diabete, ipertensione, BPCO, ecc.), grazie anche alla mole di dati standardizzati raccolti dalle banche dati regionali. Nelle esperienze studiate e in quelle reperibili nella letteratura emerge con chiarezza la centralità del MMG, che può essere anche visto come una sorta di mediatore tra l'ambiente naturale e sociale del paziente e il mondo tecnologico-scientifico degli specialisti «e degli ospedali, luoghi sempre più della patologia acuta» (Ibidem: 70). L'ambito della medicina territoriale, dunque, sta diventando tanto luogo privilegiato della presa in carico del paziente in ottica di prevenzione secondaria (quando la patologia è ormai diagnosticata), ma anche luogo di prevenzione primaria (ossia prima della manifestazione della patologia). In entrambi i casi, le ICT possono favorire l'*empowerment* del paziente, ossia quel «processo di sviluppo personale per cui il paziente/individuo viene dotato di conoscenza, capacità e consapevolezza che gli consentano (in tutto o in parte) di autodeterminarsi in relazione alla propria salute, nell'ambito di un nuovo processo in cui il professionista sanitario può divenire, a discrezione del paziente, un facilitatore che opera all'interno di una relazione di partnership, non più di autorità» (BELLIO ET AL. 2009, p. 418).

L'*empowerment* nella cura della salute può essere ulteriormente descritto attraverso cinque caratteristiche (JOHNSON 2011):

- il coinvolgimento del paziente nella cura, relativamente ad aspetti quali l'accesso alle cure adeguate e il rispetto degli appuntamenti. Esistono delle risorse supplementari che possono incrementare questo aspetto, quali l'uso di *e-mail*, la consultazione telefonica

- e l'utilizzo di portali *on-line* per l'accesso all'assistenza e alle informazioni relative alla salute;
- l'informazione del paziente: è questo un tema ampiamente affrontato dalla letteratura e ormai dato per acquisito dagli operatori del settore. Un paziente, per avere potere nel senso dell'*empowerment*, deve essere a conoscenza della sua situazione, delle possibili soluzioni, dei rischi a esse correlati ecc.;
  - il coinvolgimento del paziente del processo di decisione clinico, sulla base della convinzione che la partecipazione dei pazienti comporta una più elevata qualità del consenso informato, una maggiore soddisfazione, e una migliore adesione alle cure (BRODY 1980; BALLARD-REISCH 1990; KAPLAN, FROSH 2005). Ovviamente alla base ci deve essere un rapporto di fiducia e una comunicazione fluida fra paziente e medici (o *providers* in senso più generale), che in alcuni casi può essere resa più semplice dalla comunicazione elettronica;
  - l'impegno diretto del paziente nella cura;
  - la capacità di gestire l'incertezza. Il bilanciamento fra bisogni emotivi e approccio razionale all'assunzione di decisione presa sulla base delle probabilità e dei possibili rischi è sicuramente una fatica non da poco quando bisogna decidere su un certo tipo di trattamento: il paziente *empowered* è in grado di gestire questa fase di incertezza e di partecipare in modo consapevole e informato al suo processo di cura (BRASHES ET AL. 2004).

Come in specifico le ICT possono contribuire in concreto al *patient empowerment*? Anzitutto attraverso l'offerta di informazioni sanitarie *on line*: schede divulgative per la prevenzione di particolari patologie o per la promozione di stili di vita sani, schede per specifiche patologie, schede-guida per la lettura di esami clinici, questionari di autovalutazione del rischio ecc. Non è questa un'offerta banale: è ormai prassi consolidata che i cittadini utilizzino sempre più il *web* per ricercare informazioni anche di carattere medico. Spesso però i siti consultati sono sponsorizzati da aziende interessate anche in termini economici al tema, oppure non hanno validazione scientifica: questo pone l'internauta nella situazione di rischio di raccogliere informazioni inutili quando non dannose. Se invece le informazioni trovano posto in modo chiaro ed esaustivo sui siti istituzionali delle regioni, delle ASL, dei vari attori coinvolti nella presa in carico del cittadino-paziente, la loro provenienza certifica la correttezza di quanto trovato e aiuta il soggetto a implementare il suo potere di informazione. Una seconda dimensione informativa utile al cittadino riguarda l'indicazione di «*community on-line* o di gruppi che garantiscono un supporto informativo clinico, psicologico o di accompagnamento

ai pazienti che affrontano particolari problematiche di carattere sanitario» (Ibidem: 422). In questo senso il cittadino potrebbe trovare le indicazioni di gruppi istituzionali, di volontariato, di auto-mutuo aiuto ai quali rivolgersi per condividere percorsi/informazioni/supporto, ecc., proponendosi talvolta nella doppia veste di *prosumer*.

Le ICT possono inoltre offrire nuovi canali di comunicazione medico-paziente oltre al tradizionale della visita in ambulatorio. In questo senso i livelli e dunque i contenuti comunicativi possono essere diversi: dalle linee dedicate delle ASL su particolari temi (es.: prevenzione dei tumori al seno, informazioni sulle vaccinazioni), alla creazione di *blog/forum* monotematici guidati da medici, alla presenza di FAQ, all'accesso diretto al medico tramite *mail*. Insieme alla dimensione informativa, a questo livello, va segnalata la possibilità che le ICT possano favorire non soltanto lo sviluppo di stili di vita sani, ma anche stimolino l'autoproduzione di una nuova e competenze soggettività capace di creare reti di solidarietà di tipo orizzontale (CIPOLLA 2000; CLEMENTE 2010). Da questo punto di vista viene implementata la dimensione «consumeristica» dell'*empowerment*, in quanto si consente al cittadino di avere tutte le informazioni necessarie per operare scelte consapevoli rispetto, ad esempio, all'accesso ai servizi sanitari.

Uno strumento che la letteratura indica come strategico nella promozione dell'*empowerment* del paziente (oltre che - ovviamente - nella presa in carico dello stesso) è il PHR, il *Personal Health Record*, «un record elettronico di informazioni di salute dell'individuo, conforme a standard di interoperabilità riconosciuti a livello almeno nazionale, che può essere alimentato da varie fonti, rimanendo però sotto il controllo dell'individuo, il quale può eventualmente dividerlo» (BUCCOLIERO 2010, p. 5). Il Fascicolo Sanitario Elettronico di cui abbiamo parlato corrisponde a questo, anche se realizzato con modalità differenti nelle diverse regioni studiate, e dunque con modalità e livelli diversi di coinvolgimento del cittadino e di accesso degli attori della sanità. C'è infatti la possibilità per il cittadino di accedere al proprio FSE senza però poter intervenire direttamente in esso: in questo caso sono solo gli attori del sistema sanitario (MMG, PLS, altri specialisti, ospedali, amministrazioni delle asl, ecc.) a caricare le informazioni che sono condivise fra i vari attori. Il paziente ha indubbiamente un vantaggio informativo, derivante dall'aver sempre a disposizione la propria storia clinica costruita, però, solo da altri (seppure operatori esperti). In questo senso opera il modello del FSE della Regione Lombardia, che dunque corrisponde a una logica di *empowerment* di tipo «professionale», in quanto esso viene di fatto controllato dagli esperti del sistema sanitario, mentre il cittadino può utilizzarlo per ottenere informazioni. Un altro esempio di FSE è quello in cui è il cittadino stesso a caricare le informazioni (in termini sia

di referti che di dati personali): in questo caso, è facoltà del cittadino inserire o omettere alcune informazioni (vedendosi garantito il massimo livello di *privacy*), a discapito, in questo caso, della completezza dell'informazione. L'ultimo modello, infine è quello in cui vi è una collaborazione fra i due attori (i professionisti e il paziente) nella costruzione del fascicolo: i referti sono caricati in automatico (il cittadino può ad esempio utilizzare l'infrastruttura che supporta il FSE per stampare i referti e/o per pagare il ticket, evitando in questo modo di recarsi fisicamente allo sportello per queste incombenze), anche nella forma per immagini, il MMG stila il *Patient Summary*, gli specialisti possono intervenire rispetto alle specifiche competenze. Come sottolineano Hurtado ET AL. (2000) il *Personal Health Recorder* è un sistema che abilita i professionisti, i pazienti ed i loro familiari (se ne sono in grado) a garantire l'appropriatezza delle procedure e delle decisioni rispetto ai bisogni ed ai desideri del paziente. Si tratta di collocare veramente la persona - con le sue relazioni - al centro della *care* e della *cure*. È questo il modello verso il quale guarda la sperimentazione della Regione Toscana.

Possiamo sintetizzare i tre modelli di Fascicolo Elettronico studiati nelle tre regioni che lo stanno implementando (Lombardia, Toscana, Emilia Romagna) secondo lo schema seguente:

Tab. 1 - I diversi modelli di Fascicolo elettronico

|                | Creazione  | Documenti   | Alimentazione   | Accesso   | Attività del cittadino          |
|----------------|------------|---|---|---|---------------------------------|
| Lombardia      | Automatica | Referti<br>Dimissioni<br><i>Patient summary</i><br>Reti di patologia<br>PDT | Attori della sanità (pubblici e privati).<br>In futuro: sottostando a opportune regole, anche il paziente | Cittadino<br>Attori del sistema sanitario                               | Informazione                    |
| Emilia Romagna | Volontaria | Referti<br>Dimissioni<br><i>Patient summary</i>                             | SOLE (su autorizzazione del cittadino)<br>Cittadino   | Cittadino<br>Medici autorizzati   | Controllo<br>Partecipazione     |
| Toscana        | volontaria | Clinici<br>Referti<br><i>Patient summary</i>                                | Automatica vs manuale   | Cittadino<br>Specifici ruoli della Regione Toscana in caso di emergenza | Partecipazione<br>Deliberazione |

Lo studio dell'implementazione del FSE ha consentito di costruire tre modelli idealtipici di «cittadino» cui tale servizio è destinato, collocabili lungo un *continuum* che va dal cittadino-utente nel modello lombardo, in cui il servizio è costruito intorno al cittadino, ma non con il cittadino; passa attraverso il modello emiliano, che presuppone l'esistenza di un cittadino informato che gestisca un controllo sul suo FSE agendo una deliberazione consapevole; e giunge al modello toscano, nel quale si chiede la piena partecipazione del cittadino, presupponendo quindi alti livelli di competenza rispetto allo strumento un alto senso di responsabilità nel cittadino rispetto alla sua salute.

In una ricerca valutativa realizzata da Wald e Dube (2007) sul rapporto medico - paziente, si è riscontrato che l'utilizzo di Internet grazie al quale si è avuta la possibilità di un approccio collaborativo di *team-work* e l'accesso all'informazione sanitaria del paziente si sono rivelate efficaci e hanno contribuito alla qualità dell'assistenza sanitaria. La letteratura riporta inoltre ricerche che hanno verificato come l'utilizzo del PHR abbia migliorato la comunicazione tra medico e paziente, implementato l'*empowerment* del paziente e accresciuto la competenza.

Un ulteriore apporto delle ICT in ambito sanitario riguarda le possibilità offerte dalla telemedicina, ossia quella particolare pratica che consiste «nell'uso delle tecnologie della comunicazione per fornire servizi sanitari a persone localizzate a qualche distanza dal fornitore» (GRISBY ET AL. 1995, p. 115), nella specifica accezione del telemonitoraggio, teleassistenza, telesoccorso: in generale, tutto quel sistema definito di *e-care*. È questa una tecnica che consente al paziente anziano e/o cronico di avere un monitoraggio costante della sua situazione rimanendo nella propria casa, tra le sue cose, insieme ai suoi affetti.

L'integrazione fra i sistemi di *e-care* e quelli di stoccaggio dei dati (Fascicolo Sanitario Elettronico o *Personal Health Recorder*) costituisce un sistema tecno-sociale di presa in carico globale del cittadino-utente.

Ovviamente l'introduzione e la diffusione dei sistemi ICT nella sanità pone una serie di questioni e di problemi ancora aperti.

Anzitutto il rapporto fra medico e paziente, in modo particolare fra il medico di base (MMG o PLS), che rappresenta il nodo strategico della rete, sia reale che virtuale. Il rischio da evitare è che il MMG non diventi «un semplice terminale burocratico» e non venga considerato «nelle sue vere funzioni di responsabile clinico della salute del paziente a cui è legato dalla rapporto di fiducia e di figura professionale, delegata dall'ente gestore ad un corretto utilizzo delle risorse» (SAVORANI 2007, p. 72). A tale scopo occorre che l'introduzione delle ICT non alterino la relazione fra medico e paziente, così come siano realmente al servizio dell'assistenza e della cura e non rispondano solo a logiche burocratiche e di contenimento della spesa.

Il rischio sopra accennato va collocato in una prospettiva comunicativa più ampia nella quale analizzare l'introduzione delle ICT nella medicina, e in quella territoriale soprattutto. Come sottolineava Ardigò (1985, p. 15) il sistema sanitario stesso non è altro che «un insieme di relazioni organizzate, secondo scopi e valori, [...] comunicazione fra persone più infrastrutture e risorse». La comunicazione che possiamo trovare nel sistema sanitario appare di due tipi: anzitutto, la comunità di comunicazione, che implica una base intersoggettiva, il coinvolgimento nel rapporto interpersonale e la comprensione reciproca, e che «è quella che forma e sviluppa un sistema sociale, in special modo, un sistema sociale come quello che sanitario che deve interagire e confrontarsi di continuo con l'ambiente (fisico, ma anche umano)» (DIOGUARDI 2010, p. 158). Questo tipo di comunicazione, poiché richiede il coinvolgimento degli attori, può ben spiegare la dimensione diretta di rapporto medico-paziente, *face to face* o comunque - se mediata da apparati tecnologici - «personalizzata». È ovvio che tale dimensione non può essere applicata a sistemi più complessi, che secondo Ardigò si basano su un diverso tipo di comunicazione: quella selettiva a doppia contingenza, ossia quella in cui il comportamento degli attori nella comunicazione è reciprocamente condizionato. Essa implica comunque la necessità di comprensione, tuttavia richiede un coinvolgimento e un'intesa limitati nel tempo. Essa è possibile sia in una condizione di pari potere fra i soggetti, sia di asimmetria di potere:

Ma deve pur sempre assicurare uno spazio di contingenza e di libertà sia dalla parte di chi comanda sia dalla parte di chi deve ubbidire. Ecco perché questo tipo di comunicazione è corrispondente alla definizione secondo cui si ha comunicazione tra persone e gruppi, con relazioni asimmetriche di potere legittimo o meno, quando chi finisce per subire la comunicazione che nasce da chi ha potere, ha libertà di scelta sufficiente per rifiutare la rigida selezione comunicativa del potere e ha delle alternative sia sul piano degli atti che sul piano delle omissioni. (ARDIGÒ 1985, p. 22)

Ciò significa che anche nel caso di un sistema comunicativo tecnologico, esiste una libertà di scelta da parte degli interlocutori.

Le due tipologie comunicative (comunicazione a doppia contingenza e comunità di comunicazione) non vanno intese in termini alternativi nel sistema sanitario di *e-care*, ma vi possono e devono convivere: «si potrà parlare di modello informativo sanitario, di ruoli di comunicazione compiuti da operatori direttamente implicati nell'intervento medico sociale delle comunicazioni[...]; ma noi auspichiamo che ci siano ruoli di comunicazione nel rapporto con i medici, i pazienti e con le loro famiglie» (Ibidem: 25). In sintesi, si può affermare che l'introduzione delle

ICT in sanità potrà migliorare la qualità del servizio se e nella misura in cui non ci sarà una colonizzazione della relazione comunicativa in ottica tecnologico-burocratica: quanto più le due dimensioni (tecnologica e interpersonale) sapranno salvaguardare spazi propri di azione e spazi comuni di interazione, tanto più si avrà una vera *e-care*. Occorre inoltre tenere presente che l'introduzione di tecnologie comunicative tende a cambiare l'ambiente stesso: pur non abbracciando necessariamente *tout court* il determinismo tecnologico di McLuhan (1964), non si può non tenere presente che le caratteristiche strutturali del *medium* utilizzato tendono ad avere ricadute sui soggetti e sull'ambiente (sulla forma mentis personale, sulle relazioni, sulla cultura, ecc.). Salvaguardare dunque più canali e più strumenti comunicativi tecnologici e non) è dunque sempre più necessario.

Un altro problema aperto riguarda la figura del paziente come amministratore del PHP:

Tuttavia, il problema più delicato sarà probabilmente la questione del come il paziente sarà in grado di svolgere il compito di amministratore di sistema, nella gestione dei ruoli e privilegi di accesso a tutte le persone (personale sanitario e il coniuge/parenti stretti/familiari e amici/*training partners*, ecc.) che dovrebbero avere diversi tipi di autorizzazione di accesso alle informazioni memorizzate e alla possibilità di aggiungere record riguardanti nuove informazioni. (FENSLI ET AL. 2011, p. 585).

Si ripropone qui anzitutto il problema del *digital divide*, sia in termini infrastrutturali che di competenze. Sul versante delle infrastrutture, infatti, è un dato di fatto che in Italia esistono delle differenze significative dal punto di vista territoriale, ad esempio in merito alla diffusione della banda larga. In base ai dati ISTAT (2011) le famiglie che dichiaravano di possedere un computer nel 2011 erano poco meno del 60%, il 54 % con una connessione a Internet e poco più del 40% con una connessione a banda larga. Sul versante delle competenze, è interessante osservare come il 41,7% delle famiglie che non ha accesso a Internet dichiara di non averlo perché non ha le competenze per utilizzarlo. Se teniamo conto che il *digital divide* aumenta in alcune zone del Paese (Sud e Isole), nelle fasce meno abbienti della popolazione e nella popolazione anziana, si capisce come esso possa rappresentare un ostacolo per la diffusione e l'utilizzo pieno delle ICT nei percorsi di cura.

Inoltre, si pone il problema dei criteri di scelta soggettivi dell'accesso alle informazioni (a chi l'amministratore consente l'accesso a determinate informazioni), con il rischio di non fornire le informazioni adeguate e sufficienti a chi ha in carico il paziente (MMG o specialista) e insieme del «governo» dei dati immessi direttamente dall'utente.



Infine, come sottolinea Moruzzi (2008), introdurre il sistema tecnologico dell'*e-health* e, ancor di più, dell'*e-care*, complessifica il sistema da governare, che richiede dunque nuove strategie di governance:

Il governo della sanità e del Welfare diventa pertanto il governo (non la gestione) di un complesso di processi organizzativi: l'amministrazione delle risorse (riscossione e distribuzione sociale), i percorsi clinici (di garanzia rispetto alla cura), i percorsi assistenziali (di assistenza sociale), quelli comunicazionali (di governo delle reti), le forme di autogoverno dei cittadini e di auto-organizzazione della promozione della salute e della gestione individuale della malattia. (MORUZZI 2008, p. 312)

### Bibliografia

- G. ANDREOLI, D. BELTRAMI, M. CARAMAZZA, S. CASCIOLI, M.G. MARINI, M. RAIMONDI, *L'impatto dell'informatizzazione sulle aziende sanitarie lombarde e le relative implicazioni su formazione e addestramento degli operatori*, Istud, 2012, URL: [http://www.istud.it/up\\_media/ricerche/equal\\_san.pdf](http://www.istud.it/up_media/ricerche/equal_san.pdf) (2012/12/09)
- A. ARDIGÒ, *Il ruolo della comunicazione nel sistema sanitario*, in *Atti del convegno Scienze sociali e medicina di fronte ai mutamenti comunicativi nel sistema sanitario*, Roma, Istituto Italiano di Medicina Sociale, 1985, pp. 15-28.
- D.S. BALLARD-REISCH, *A model of participative decision-making for physician-patient interaction*, «Health Communication», 2, 1990, pp. 91-104.
- B. BATTISTELLA, A. COCCHIGLIA, M. CARUSO, M. GABRIELI, *Progetto DOGE*, Venezia, Arsenà.IT, 2011.
- E. BELLIO, L. BUCCOLIERO, A. PRENESTINI, *Patient web empowerment: la web strategy delle aziende sanitarie del SSN. Rapporto OASI 2009. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Milano, EGEA, 2009, pp. 413-434.
- D.S. BRODY, *The patient's role in clinical decision-making*, «Annals of Internal Medicine», 93, 1980, pp. 718-722.
- D.E. BRASHERS, J.L. NEIDIG, D.J. GOLDSMITH, *Social support and the management of uncertainty for people living with HIV or AIDS*, «Health Communication», 16, 2004, pp. 305-331.
- L. BUCCOLIERO, *E-Health. Tecnologie per il patient empowerment*, in «Mondo digitale», 4, 2010, pp. 3-17.
- CASE MANAGEMENT SOCIETY OF AMERICA, *Standards of practice for Case Management*, Little Rock, AR, Case Management of America, 1995.
- C. CIPOLLA (a cura), *Il co-settore in Italia*, Milano, FrancoAngeli, 2000.
- C. CLEMENTE, *Welfare e tecnologie comunicative nella sociologia della salute di Achille Ardigò*, «Studi di Sociologia», 2, 2010, pp. 139-150.
- Confindustria - Coordinamento Servizi e Tecnologie, *Progetto ICT nella Sanità*, url: <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato6531108.pdf> (2012/11/06).
- V. DIOGUARDI, *Il ruolo della comunicazione nel sistema sanitario negli scritti di Achille Ardigò*, «Studi di Sociologia», 2, 2010, pp. 151-164.
- M. DIXON-WOODS, *Writing wrongs? An analysis of published discourses about the*

- use of patient informtion leaflets*, «Social science and Medicine», 52, 2003, pp. 1417-143.
- T.M. EPSTEIN, B.S. ALPER, T.E. QUILL, *Communicating evidence for participatory decision making*, «Journal of American Medical Association», 291, 2004, pp. 2359-2366.
- G. EYSENBACH, *What is e-health?*, «Journal of medical internet research», Apr-Jun, 3, 2001, URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1761894> (2012/11/05).
- R. FENSLI, V. OLESHCHUK, J. O'DONOGHUE, P. O'REILLY, *Design Requirements for a Patient Administered Personal Electronic Health Record*, in: A. LASKOVSKI, *Biomedical Engineering Trends in Electronics, Communications and Software*, InTech, Rijeca, 2011, URL: <http://www.intechopen.com/books/biomedical-engineering-trends-in-electronics-communications-and-software/design-requirements-for-a-patient-administered-personal-electronic-health-record> (2012/05/04).
- J. GRISBY, M. KAEHNI, E. SANDBERG, *Effects and Effectiveness of Telemedicine*, «Health Care Financing Review», 17, 1995, pp. 115-131.
- F. GUARINO, L. MINGARDI (a cura), *Tecnologie a rete per la salute e l'assistenza*, Milano, FrancoAngeli, 2007.
- R. HAUX, *Health information systems. Past, present and future*, in «International Journal of Medical Informatics», 75, 2006, pp. 268-281.
- M.P. HURTADO, E.K. SWIFT ET AL. (2000), *Envisioning the Health Care Quality Report*, Washington DC, Academic National Press, 2000
- M.O. JOHNSON, *The shifting landscape of health care: toward of model of health care empowerment*, «American Journal of Public Health», 101, 2011, pp. 265-270.
- R.M. KAPLAN, D.L.FROSCHE, *Decision making in medicine and health care*, «Annual Review of Clinical Psychology», 1, 2005, pp. 525-556.
- ISTAT, *Cittadini e nuove tecnologie*, 2011.
- M. LEMIRE, C. SICOTTE, G. PARÉ, *Internet Use and the Logics of Personal Empowerment in Health*, «Health Policy», 88, 2008, pp. 130-140.
- LOMBARDIA INFORMATICA, *Overview del Progetto Siss*, revisione del 03/08/2012, url: <http://www.siss.regione.lombardia.it/EdmaSissPortaleSitoWeb/documentoDiProgetto.do?doc=15639255> (2012/07/08).
- M. McLUHAN, *Understanding Media: The Extensions of Man*, Berkeley, Gingko Press, 1964.
- M. MORUZZI, *Internet e sanità. Organizzazioni e management al tempo della rete*, Milano, FrancoAngeli, 2008.
- A. ORSI, *sole: una rete di servizi per il cittadino*, Relazione presentata alla E-Health Conference, 14 aprile 2011, Roma, URL: <http://www.ehealthforum.it/eventi/3003/3396> (2012/05/07).
- REGIONE EMILIA ROMAGNA, *l.r. 11/2004 «Sviluppo Regionale della Società dell'Informazione»*.
- REGIONE EMILIA ROMAGNA, *Deliberazione dell'Assemblea legislativa della Regione Emilia Romagna 22 maggio 2008, n. 175 «Piano sociale e sanitario 2008-2010»*.
- REGIONE LOMBARDIA, *l.r. 33/2009. Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità*.

---

REGIONE TOSCANA, *Piano Sanitario regionale 2008-2010, Deliberazione 16 luglio 2008 n. 53.*

REGIONE VENETO, *DGVR n. 3889 del 9 dicembre 2008*

P. SALOMON, G.M. HALL, *Patient empowerment and control: a psychological discourse in the service of medicine*, «*Social Science and medicine*», 57, 2003, pp. 1969-80.

G. SAVORANI, *Reti per l'integrazione fra sanità ed Assistenza Sociale: opportunità per la Medicina Generale*, in F. GUARINO F, L. MINGARDI (a cura), *Tecnologie a rete per la salute e l'assistenza*, Milano, FrancoAngeli, 2007.

E.H. WAGNER, B.T. AUSTIN, C. DAVIS, M. HINDMARSH, J. SCHAEFER, A. BONOMI, *Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action*, «*Medicine & Chronic Illness*», 20, 2011, pp. 64-68.

H.S. WALD, C.E. DUBE, *Untangling the Web—The impact of Internet use on health care and the physician-patient relationship*, in «*Patient Education and Counseling*», 68, 2007, pp. 218-224.

### *Sitografia*

[www.progetto-sole.it](http://www.progetto-sole.it)  
[www.renewinghealth.eu](http://www.renewinghealth.eu)  
[www.siss.regione.lombardia.it](http://www.siss.regione.lombardia.it)  
[www.ehealthforum.it](http://www.ehealthforum.it)  
[www.forumpa.it](http://www.forumpa.it)  
[www.quotidianosanita.it](http://www.quotidianosanita.it)  
[www.regione.toscana.it](http://www.regione.toscana.it)

---

## La centralità del territorio: i nodi del cambiamento

Giovanni Bertin, Costantino Cipolla

I cambiamenti nel quadro epidemiologico che caratterizzano i paesi occidentali e l'associato trend demografico hanno posto con forza la necessità di ripensare alle caratteristiche dei sistemi sanitari. In questo processo di rivisitazione assume importanza la centralità del territorio e la necessità di ridisegnarne le attività per rendere i presidi territoriali il fulcro di un sistema sanitario capace di fronteggiare la nuova domanda di salute. In questa prospettiva, i cambiamenti dovranno tener conto anche di uno dei problemi che si sono andati consolidando nel tempo e sui quali i sistemi sanitari devono migliorare le loro performance, vale a dire le disuguaglianze di salute (BERTIN, CAMPOSTRINI in via di pubblicazione).

Questo nuovo scenario comporta la necessità di ripensare ai sistemi sanitari. Il processo di rivisitazione non può, per altro, essere ridotto semplicemente allo spostamento di risorse dall'ospedale al territorio, o alla produzione di documenti di indirizzo che evocano la necessità di sviluppare attività territoriali. Questa linea di cambiamento mette in gioco alcuni aspetti che necessitano di una profonda riflessione che deve condurre allo sviluppo di una politica sanitaria profondamente innovativa. In particolare la ricerca che viene qui presentata segnala quattro tematiche che risultano centrali nel dibattito che accompagna il processo di ridefinizione dei sistemi sanitari territoriali. Tale processo, infatti, dovrà partire dal riconoscere e dal rielaborare: i) la forte disomogeneità delle esperienze e la necessità di sviluppare processi di costruzione di basi semantiche omogenee per poter attivare processi di confronto delle informazioni anche fra le azioni svolte a livello territoriale; ii) le dinamiche di conflitto e concorrenza fra le diverse figure professionali presenti nel territorio e nelle strutture residenziali. L'azione territoriale necessita, infatti, di una legittimazione reciproca fra le professioni e di processi di coordinamento e integrazione delle loro attività; iii) la diversificazione del sistema degli attori e la sperimentazione di pratiche di governance capaci di integrare l'azione delle singole organizzazioni comprese nel

processo di produzione dei servizi; iv) la centralità delle dinamiche e delle opportunità offerte dalla *web-society*, in grado di modificare i processi e le abitudini di produzione e di utilizzo dei servizi sanitari territoriali.

### 1. *Differenziazione dei modelli, dei linguaggi e comparabilità delle informazioni*

La consolidata convinzione che i cambiamenti epidemiologici pongono il territorio al centro del sistema sanitario si incontra con due elementi che hanno finito per aumentare le differenze fra i singoli territori. Da una parte la tendenza al decentramento amministrativo, che in Italia si concretizza anche con la modifica del Titolo V della Costituzione e la maggior autonomia delle regioni nel governo delle politiche sanitarie, dall'altra con le dinamiche locali dei singoli territori, caratterizzate dai confini sfuocati fra sociale e sanitario che hanno finito per attivare processi isomorfici fra l'azione degli attori locali (comuni e regioni, ma anche attori del terzo settore) ed i sistemi sanitari. Oggi, a fronte dei servizi ospedalieri, che presentano un discreto grado di omogeneità nell'offerta, nei codici linguistici utilizzati e nei modelli operativi adottati, i servizi territoriali sono il prodotto di azioni sperimentali e innovative che non hanno ancora trovato una loro formulazione definitiva e rispecchiano le specificità degli ambienti culturali locali che ne hanno dato l'avvio. Questa situazione rende le realtà regionali molto differenziate fra loro e, talvolta, anche al loro interno.

Queste differenze sono rilevabili a livello di:

- processi di cura. Le differenze si evidenziano comparando processi operativi etichettati nelle diverse regioni in modo simile ma che manifestano nella realtà fenomenica processi non omogenei. Si consideri, ad esempio la presa in carico di pazienti diabetici. Lombardia, Toscana e Puglia applicano il *Chronic Care Model*, ma mentre in Lombardia il *pivot* è il MMG, in Puglia è l'infermiere insieme al MMG (riconoscendo allo specialista un mero ruolo consultivo), mentre in Toscana tutte e tre le figure sono sullo stesso piano. Queste differenze evidenziano una diversa impostazione sul ruolo delle figure sanitarie che si trovano a co-agire nel territorio. I tre casi qui riportati condividono la centralità territoriale nei processi di gestione della cronicità e propongono modelli specifici con i quali affrontare la complessità sottesa, ma la strutturano su ruoli e figure diverse. Sempre considerando la cronicità e analizzando i processi di gestione territoriale del paziente diabetico, si consolida la differenziazione delle scelte fatte dalle singole

regioni. In Emilia-Romagna per esempio il processo si differenzia in base alla tipologia diabetica (i MMG prendono in carico i non-insulino-dipendenti di tipo 2, mentre il CAD gli insulino-dipendenti, tipo 1 e 2 non stabili), mentre questa scelta non è (quantomeno) esplicita in tutte le regioni. In Veneto, per esempio, il MMG non è proprio contemplato ed il processo è interamente affidato all'Unità complessa di Diabetologia;

- forme organizzative di gestione delle cure primarie. Le variabilità regionali riguardano principalmente: a) le forme associative della medicina generale; b) le forme associative complesse e le strutture di cure primarie che ne derivano (Case della Salute, UTAP, CPT ecc.); c) le strutture di cure intermedie (ospedale di comunità, *country hospital* ecc.). In tutti questi casi le singole regioni hanno attivato delle sperimentazioni che hanno prodotto forme organizzative idealtipiche, *label* e linguaggi specifici dei singoli contesti regionali. In alcuni casi le differenze non sono solo linguistiche. In alcuni casi le singole regioni utilizzano gli stessi nomi (*label* linguisticamente omogenee) per rappresentare forme organizzative che si sviluppano a partire da riferimenti culturali e logiche gestionali, quantomeno in parte differenziate;
- processi di governance. Gli strumenti di governo del territorio assumono nomi e strutture differenziate. Cambiano non solo le *label* con le quali sono etichettati gli strumenti di governo, ma anche il livello del governo, il ruolo degli attori (istituzionali e non) coinvolti, i tempi della programmazione locale, la forma e le tecnologie della governance adottate. Anche altre ricerche (BERTIN 2012) sui sistemi locali di governance hanno evidenziato differenze linguistiche, culturali e procedurali. La maggiore differenziazione è proprio riconducibile al grado d'integrazione della programmazione sanitaria con quella sociale. Sistemi più integrati finiscono per mettere in gioco attori delle diverse politiche che fanno riferimento a soggetti istituzionali e non istituzionali che partecipano al processo di decisione strategica con gradi diversi di potere. In altre parole, gradi di forte integrazione si associano con un ruolo rilevante delle aziende sanitarie che possono svolgere il ruolo di coordinamento tecnico, anche in assenza di precise deleghe di gestione dei relativi servizi.

In definitiva, il processo di sperimentazione in atto ha attivato esperienze interessanti che possono costituire occasione di confronto e di rilettura critica, ma tale processo di ricerca deve partire dalla rielaborazione delle specificità dei singoli contesti territoriali e dalle differenze linguistiche e semantiche che si sono consolidate. Ne consegue che non

è possibile, ad oggi, avviare una fase di standardizzazione delle esperienze che consenta di stabilire confronti diretti fra l'efficacia e la qualità dei singoli percorsi di cura, processi di governo delle attività socio-sanitarie presenti nei singoli territori. Questa condizione è verificabile anche attraverso l'evidente disomogeneità dei sistemi informativi e la domanda insistente degli operatori di sviluppare sistemi capaci di comunicare, di comparare e integrare l'azione ei singoli attori locali.

## *2. Riconoscimento e legittimazione reciproca delle professioni del territorio*

La professione medica ha costruito la sua identità ed i propri codici di riconoscimento attorno ad un sapere specialistico che ha trovato la sua massima espressione nello sviluppo dei sistemi ospedalieri. Questo tipo di sviluppo dell'identità e del sapere ha portato a considerare (dagli utenti, ma in parte anche dagli operatori sanitari) i medici ospedalieri come portatori del vero sapere e quelli territoriali come ancelle organizzative e «burocratiche» del sistema. Questa idea del sapere medico si sposa, per altro, con l'idea di sapere scientifico basato sulla scomposizione delle variabili che possono determinare una specifica condizione clinica, a fronte di un approccio euristico che cerca di costruire una valutazione clinica come prodotto complesso delle condizioni fisiche, psichiche e sociali che caratterizzano la singola persona. Questa rappresentazione, sicuramente semplicistica, delle identità professionali è stata messa in crisi dalla Carta di Ottawa che ribadisce la centralità del territorio e la necessità di integrare un sapere specialistico con uno di tipo euristico che considera le persone nella loro globalità. Fino ad ora questi saperi sono stati vissuti dai professionisti, ma anche dagli utenti dei servizi come gerarchicamente sequenziali, per cui si tende a pensare che il vero sapere è quello specialistico. Questi stereotipi culturali finiscono per creare l'idea di figure professionali (i medici in particolare) di serie A e di serie B, dove, ovviamente la serie A è rappresentata dal sapere specialistico. Un altro elemento che differenzia le culture professionali della sanità riguarda il contesto organizzativo nel quale medici ospedalieri e medici che operano nel territorio (si tratti di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta o specialisti ambulatoriali). Nel primo caso si tratta di *professional* ma che operano come dipendenti all'interno di sistemi organizzativi complessi, mentre nel secondo di liberi professionisti abituati a lavorare da soli. Ovviamente le culture organizzative e le abitudini nella gestione della quotidianità professionale risultano profondamente diverse. L'autonomia decisionale,

il rapporto con autorità e potere, la necessità di condivisione e di organizzazione del tempo sono profondamente diverse e, conseguentemente portano a sviluppare competenze organizzative diverse (saper stare in una organizzazione complessa *versus* autonomia e intrapresa). Queste diverse culture organizzative e identità professionali non hanno nel tempo sviluppato capacità d'integrazione, ma anzi diffidenza e scarsa legittimazione reciproca. Lo sviluppo di un sistema territoriale non può prescindere dalla legittimazione reciproca delle professioni in campo e dalla ridefinizione di un sapere integrato, capace di far sintesi delle specializzazioni e della loro integrazione.

Tab. 1 - Identità e professioni

|                                   | Ospedale                                       | Territorio   |
|-----------------------------------|--|--|
| Natura saperi                     | Specialistici                                  | Euristici  |
| Relazioni fra <i>professional</i> | Intra-professionale (fra saperi specialistici) | Inter-professionale (fra professioni e organizzazioni) |
| Cultura                           | Professione e organizzativa                    | Professione  |

La sperimentazione di iniziative tese alla costruzione di un sistema di assistenza primaria evidenzia, per altro l'attenzione alla costruzione delle condizioni che possono favorire i processi di integrazione dei saperi, dei ruoli e dei processi. In questa direzione vanno segnalate esperienze orientate a:

- sviluppare la condivisione di infrastrutture informatiche che permettano di mettere in rete tutti gli attori del sistema socio-sanitario;
- attivare la formalizzazione dei processi assistenziali attraverso l'adesione a comuni linee-guida e PDTA per patologie croniche ad levata incidenza;
- individuare indicatori di processo e di esito che permettano la misurazione e la verifica delle performance;
- implementare l'*audit* clinico, sia individuale sia di gruppo;
- realizzare attività formative e di accompagnamento dei processi di cambiamento finalizzati alla costruzione di una cultura operativa condivisa fra diverse professionalità e unità organizzative;
- chiarire le responsabilità del livello territoriale, in particolare con riferimento all'attribuzione del budget anche delle medicine di gruppo, alla programmazione degli interventi distrettuali, alla performance e alla verifica degli esiti.



### 3. Decentramento, parcellizzazione integrazione: la governance dei sistemi complessi

La necessità di spostare il centro del sistema sanitario verso il territorio si confronta-scontra con i sistemi di potere e con la cultura che ha caratterizzato il sistema sanitario nella sua fase di sviluppo. Il processo di decentramento nel territorio sta evidenziando la forte differenziazione dei contesti ospedale-territorio. Dal punto di vista dei processi di governo il territorio e l'ospedale sono caratterizzati da dinamiche e culture di contesto fortemente differenziate. L'ospedale si è sviluppato seguendo la logica delle grandi organizzazioni (fordista) e della cultura che ha caratterizzato il sapere medico, vale a dire la specializzazione. Questo impianto strutturale e culturale ha portato a sistemi organizzativi relativamente chiusi. Le dinamiche di turbolenza riguardano l'evoluzione dei quadri epidemiologici, dei saperi clinici e delle tecnologie, ma le dinamiche sociali ed i cambiamenti dei sistemi di preferenza degli attori sociali risultano relativamente poco capaci di attivare cambiamento. La relativa chiusura e stabilità ha due implicazioni. La prima riguarda le dinamiche degli attori e la distribuzione del potere. Gli attori chiave che determinano i processi di governo sono, infatti, i manager e i *professional*. Esistono sicuramente delle dinamiche di influenzamento politico, ma riguardano prevalentemente la nomina degli organismi di indirizzo strategico e, per il resto, seguono dinamiche di tipo informale. La capacità di incidere nei processi reali da parte delle forze sociali, dei cittadini e delle amministrazioni locali è sicuramente inferiore. La seconda riguarda le dinamiche organizzative che si caratterizzano per una cultura di tipo gerarchico e una struttura segmentata in ragione della specializzazione progressiva del sapere scientifico e delle dinamiche di potere fra i gruppi professionali.

Tab. 2 - Le differenze di contesto

|                      | Ospedale  | Territorio  |
|----------------------|---|---|
| Apertura sistema     | Bassa   | Alta  |
| Complessità          | Relativamente bassa                                       | Relativamente alta  |
| Relazioni fra attori | Gerarchia   | Rete  |
| Attori chiave        | Manager, <i>professional</i> clinici, (politici, regione) | Politici (regione ed enti locali), manager, <i>professional</i> clinici, cittadini, terzo settore |
| Integrazione         | Segmentazione e specializzazione                          | Coordinamento multi-professionale   |

Il territorio presenta caratteristiche decisamente diverse. In primis si tratta di sistemi necessariamente più aperti e interessati dalle dinamiche sociali che caratterizzano i singoli contesti locali. Lo spettro delle dinamiche che attivano la domanda è sicuramente più ampio, spesso legato alla presenza di condizioni di disagio sociale non sempre facilmente riconducibile ad un quadro nosologico chiaro. Questa maggior variabilità della domanda è anche temporale nel senso che i cambiamenti sociali si riverberano più direttamente nella definizione di condizioni di disagio che attivano una domanda d'interventi socio-sanitari. Lo spettro ampio di attivazione della domanda e la frequente multidimensionalità che la accompagna hanno come corollario la complessità del sistema, riconducibile alla compresenza di diversi attori che possono essere chiamati in causa: questi attori, inoltre, non sono tutti appartenenti al sistema sanitario ma operano in modo autonomo nello stesso campo di azione: ne consegue che le dinamiche organizzative che caratterizzano le relazioni fra questi attori non sono di tipo gerarchico ma richiamano la metafora della rete. Alta complessità, forte apertura del sistema territoriale e dinamiche di rete implicano una diversa configurazione degli attori coinvolti e delle dinamiche di potere che li connettono. La variabilità delle situazioni, la multidimensionalità dei fattori causa che generano la domanda, e la conseguente minor incidenza del sapere specialistico rimettono in discussione i ruoli e le relazioni di potere fra gli attori. Ne risulta che la dimensione politica, anche nelle sue articolazioni territoriali (gli enti locali) finisce per assumere un peso più rilevante nelle scelte strategiche, ma talvolta anche in quelle operative. Al di fuori delle dinamiche gerarchiche, infatti, i ruoli risultano più dinamici e meno strutturati in termini di posizioni di potere. Sono, infatti, i processi di scambio materiale e simbolico che definiscono le relazioni di potere fra gli attori del territorio. Nell'affrontare il problema delle dinamiche di governance è utile ricordare inoltre le dinamiche che caratterizzano i processi di differenziazione e integrazione. Anche in questo caso, la natura multidimensionale dei problemi richiede forte integrazione multi-professionale che avviene se e solo se le professioni implicate utilizzano strutture linguistiche e semantiche compatibili e si relazionano sulla base di una reciproca legittimazione. Queste condizioni sono il risultato di processi riflessivi di costruzione di senso che fondano su una comune rielaborazione delle esperienze.

La differenziazione dei contesti richiede che i processi di governance territoriali assumano forme e processi specifici (BERTIN 2009), capaci rappresentare le loro diverse caratteristiche. In altre parole i sistemi sanitari non possono pensare di colonizzare i territori con la stessa cultura di governo utilizzata nella gestione dei sistemi ospedalieri. In

questo sta una delle maggiori difficoltà del processo di cambiamento in atto che deve consolidare all'interno dello stesso sistema processi di governo che assumono caratteristiche e logiche diverse, pur dovendosi integrare fra di loro.

La presenza di domande di governo diverse si evidenzia da alcuni elementi di conflittualità o quantomeno da scelte organizzative diverse fatte dalle singole realtà e che rappresentano il prevalere di logiche di tipo centralistico (la colonizzazione del territorio da parte della cultura ospedaliera) o di reale spostamento del fulcro del sistema sul territorio attraverso scelte organizzative coerenti. Alcuni aspetti che possono fungere da cartina al tornasole di questo dibattito possono essere ricondotti a:

- la definizione del rapporto fra dipartimenti e distretti. Scelte che centrano la struttura organizzativa (personale, budget ecc.) sui primi finiscono per assegnare al distretto il solo ruolo di contenitore geografico di dinamiche e processi governati dai dipartimenti seguendo, probabilmente, logiche di governo ancorate alla cultura della segmentazione specialistica più che alla integrazione multiprofessionale;
- la composizione della direzione strategica. Anche in questo caso la rappresentanza o meno, nella direzione strategica, delle dinamiche territoriali e la presenza delle diverse culture professionali (sanitarie e amministrative ma anche sociali) che operano nel territorio orientano verso la compresenza di processi di governo diversi o al prevalere della cultura organizzativa tradizionale (con il prevalere della gerarchia);
- il coinvolgimento degli attori chiave del territorio nello sviluppo delle decisioni strategiche. In questo caso l'analisi deve guardare alla struttura dei processi partecipativi. La costruzione di tavoli di lavoro comuni, il ruolo attivo delle autonomie locali nella formulazione delle decisioni strategiche, il ruolo del terzo settore come attore dello sviluppo della comunità locale sono tutti indicatori che evidenziano la scelta di tener conto delle caratteristiche dei processi di governo del territorio;
- le caratteristiche dei sistemi informativi ed i protocolli di comunicazione, il possesso delle informazioni.

#### 4. *Web society e sistemi sanitari territoriali*

È innegabile che l'ingresso, anzi l'invasione delle tecnologie informatiche, in una prospettiva sociale che tende sempre più alla *web society* (CIPOLLA 2013), esercita un impatto sui sistemi sanitari esistenti nelle regioni italiane, sebbene ovviamente con ben note differenze territoriali ampiamente delineate nei vari saggi del presente volume. Tale impatto tra l'altro è destinato a crescere sempre più nel futuro prossimo, stante il continuo sviluppo delle tecnologie stesse, unitamente alla loro sempre maggiore diffusione e socializzazione tra i vari strati della popolazione, ma anche per le recenti evoluzioni sul piano normativo, ad esempio, relative alla diffusione del Fascicolo sanitario elettronico, quale segno evidente dell'inesorabilità del web, colonna portante ed elemento pregnante e caratterizzante della società in cui viviamo (CIPOLLA 2013). Nell'ambito delle nostre realtà territoriali possiamo già individuare almeno tre importanti esperienze di come la *web society*, attraverso i suoi plurimi strumenti tecnologici, è stata in grado di modificare l'erogazione dei servizi e quindi il sistema stesso:

- anzitutto un primo elemento è rappresentato dallo sviluppo dei sistemi CUP, ormai presenti in forma strutturata già da oltre un decennio e con prospettive di continuo ampliamento di servizi erogati (CIPOLLA, PALTRINIERI 1999) e di diffusione a livello nazionale;
- vanno poi segnalate tutte le svariate tecnologie *e-health* diffuse particolarmente nel corso del decennio scorso, tra cui possiamo ricordare il telesoccorso, la telemedicina, il telemonitoraggio ecc. (si rimanda a CIPOLLA, GUARINO 2009), capaci sia di affrontare più adeguatamente alcune prestazioni soprattutto nei confronti dei malati cronici (categoria socialmente sempre più rilevante, a causa delle evoluzioni demografiche ed epidemiologiche);
- infine, ed al contempo anche più degli esempi precedenti, è il Fascicolo sanitario elettronico a rappresentare un vero e proprio punto di svolta della moderna medicina, intesa quale organizzazione sanitaria e sociale, che tende verso una dimensione organica di *e-care*. Esso, di fatti, rappresenta una nuova porta d'ingresso al sistema sanitario da parte del cittadino, divenendone concretamente la forma precipua attraverso cui si realizza in maniera concreta la centralità del paziente in ambito socio-sanitario, ponendo un nuovo tassello nel rapporto tra medico e paziente, sempre meno parsonsianamente sbilanciato e paternalistico, in un'ottica di *empowerment* del secondo rispetto al primo e al sistema in generale (CIPOLLA 2002; ARDISSONE 2011); ma il Fascicolo è anche, e forse soprattutto, un nuovo strumento organizzativo incentrato

sulla de-materializzazione e ri-materializzazione dell'intero processo clinico-assistenziale (MORUZZI 2012), e quindi in quanto tale teso ad imprimere un inedito percorso processuale del sistema sanitario.

Ben lungi dall'essere (solo) questa l'innovazione della tecnologia informatica, vi è da segnalare un'ulteriore rivoluzione tanto nel rapporto tra medici e pazienti, quanto nell'esercizio stesso del clinico. Infatti, è stato recentemente pubblicizzato l'ambizioso progetto implementato dall'*American Society of Clinical Oncology* finalizzato ad istituire una banca dati consultabile da tutti i medici e dotata anche di un portale aperto ai pazienti, in un'ottica di condivisione «internazionale» e persino in tempo reale di informazioni scientifiche (relativamente a *trial* clinici, piuttosto che a terapie, contribuendo a diffondere rapidamente i risultati della ricerca e consentendo ai medici di piccoli centri di godere di una conoscenza derivata da un'ampia casistica «virtuale»), nonché di vissuti e domande provenienti dai pazienti stessi. Tale progetto, denominato *CancerLinQ*, la cui portata effettivamente rivoluzionaria è ben comprensibile, dovrebbe vedere la luce nel giro di un anno e mezzo e partire negli Stati Uniti per poi estendersi all'intero globo e divenire un vero e proprio centro di ricerca mondiale capace di ridisegnare completamente nel volgere di questo decennio i sistemi sanitari dei vari paesi (ARDISSONE 2013a; ARDISSONE 2013b).

Si capisce bene dunque, come la *web society* si presti a sconvolgere i sistemi sanitari regionali, secondo le direttrici della concreta centralità del paziente all'interno del sistema socio-sanitario italiano, della rivoluzione processuale ed organizzativa dei servizi, del modo di concepire i servizi stessi, nonché dell'esercizio propriamente clinico. Da quanto scritto, vanno infine proposte almeno due precisazioni: per prima cosa, se alcuni apporti sono ancora a livello di premesse e promesse che vedranno i rispettivi frutti solo nel futuro più o meno prossimo, altri strumenti sono già operativi e già ora in via di sviluppo; d'altro canto è doveroso sottolineare che, sebbene crediamo che il futuro non possa che essere quello tracciato dalla *web society*, è pur vero che al momento esistono forti asimmetrie territoriali e regionali che debbono assolutamente essere rimosse e livellate, al fine di consentire la piena diffusione di un sistema socio-sanitario più efficiente, più equo ed evidentemente socialmente più conveniente.

---

### Bibliografia

- A. ARDISSONE, *The reform of the medical profession in Italy. An overview through the reforms of the Italian health care system*, Saarbrücken, Lambert Academic Publishing, 2011.
- A. ARDISSONE, *Presupposti teorici e metodologici della ricerca*, in A. ARDISSONE, A. MATURO (a cura), *Disuguaglianze sociali e vissuto dei malati oncologici*, Milano, FrancoAngeli, 2013a.
- A. ARDISSONE, A. MATURO (a cura), *Disuguaglianze sociali e vissuto dei malati oncologici*, Milano, FrancoAngeli, 2013b.
- G. BERTIN, *La governance ibrida*, «Quaderni di sociologia», 3, 2009, pp. 249-280
- G. BERTIN (a cura), *Welfare regionale in Italia*, Venezia, Edizioni Ca' Foscari-Digital Publishing, 2012.
- G. BERTIN, S. CAMPOSTRINI, *Disuguaglianze di salute e sistemi di welfare*, (in via di pubblicazione)
- C. CIPOLLA (a cura), *Trasformazione dei sistemi sanitari e sapere sociologico*, Milano, FrancoAngeli, 2002.
- C. CIPOLLA, *Perché non possiamo non essere eclettici. Il sapere sociale nella web society*, Milano, FrancoAngeli, 2013.
- C. CIPOLLA, A. PALTRINIERI (a cura), *I CUP in Italia. Lo sviluppo delle reti telematiche per l'accesso alla sanità*, Milano, FrancoAngeli, 1999.
- C. CIPOLLA, F. GUARINO (a cura), *E-care e anziani fragili. Una sperimentazione tra Bologna e Ferrara*, Milano, FrancoAngeli, 2009.
- M. MORUZZI, *Alta comunicazione. Aziende, Fascicoli Elettronici, Emozioni e dematerializzazioni*, FrancoAngeli, Milano, 2012.

---

## Abstracts

### Chapter 1

*As part of the critical analysis on the transformation processes experienced at the national and regional levels in the socio-health systems, the Italian National Agency for Regional Healthcare Services (Agenas) is examining possible strategies for the governance of these systems, taking into account the discrepancy often observed between welfare systems and healthcare systems.*

*The role of Agenas, within the Italian National Health Service, is that of providing scientific and technical support in shaping healthcare policies together with the State and the Regions. According to the mandate assigned by the State-Regions Conference (2007) and to the WHO guidance from the Declaration of Alma-Ata (1978), Agenas is concerned with promoting research initiatives regarding empowerment of citizens, organizations and communities in the field of health, with a view to continuous quality improvement and to ensuring patient safety.*

*The contribution contained herein briefly outlines some research projects carried out by Agenas on the above-mentioned issues and describes the project «Transformation processes in socio-health systems of the Italian Regions» - funded by the Ministry of Health and carried out by Agenas and Ca' Foscari University - particularly regarding methodological aspects, emphasizing the alignment with Agenas mission.*

### Chapter 2

*The welfare systems are going through a process of big change. These changes risk to undermine the nature and the philosophy at the base of the welfare systems of all developed countries. Every country has developed a specific social security system linked to its economic system. These*

*important changes have re-opened the debate about the classification of welfare regimes. The comparison researches have evidenced the differences between the philosophies placed at base of the policies. In the most part of the European countries, every policy has followed autonomous and independent paths. These processes have produced inhomogeneous welfare systems relatively to the policies (health, social security, elderly, etc.) and to the territories. This paper analyses this debate and suggests an classification of regional health systems in Italy. This classification highlights the effects of homogenization produced by the presence of a national health system and presents the differences between the individual regions. The last part of this paper is dedicated to the analysis of the internal consistency of individual regions with regards to the philosophies adopted by the policies of social assistance and healthcare.*

### Chapter 3

*The aim of this paper is to identify the main issues and risks for the regional governance, understood as a system of regulation between actors, following the model of multi-level governance. A cross-sectional analysis of regional systems, shows that there still are some delays and shortcomings twenty years after the first reforms. The reasons for these delays are to be found in some external factors (institutional instability, economic crisis), but also in those choices that seem to support a hierarchical model, based on the supremacy of the public sector. This can be explained as a resistance to change that can be detected in different contexts.*

*The main issues concern complexity and differentiation in governance' models: we highlight significant differences not only between regions, but also at the regional level. One of the main trouble of the system risks to become the fragmentation of responses to a widespread and growing social demand.*

*Similar problems can be found in the ability of governance systems to ensure the integration of social care and health care sectors, the participation of citizens in programming processes, and their duration.*

### Chapter 4

*The first reforms of the Italian Healthcare System introduced massive innovations in governance models of local health authorities (ASLs), moving from a hierarchical structure to hybrid forms of governance.*



*A cross-sectional analysis of five Italian regions (Emilia-Romagna, Lombardia, Puglia, Toscana and Veneto) highlights many differences between governance models of local health authorities, in particular for those aspects concerning main tasks and powers of the members of ASL's health board; relationships between ASLs and their health districts; the integration of health and social care, especially with municipalities; the way in which all different actors take part to strategic planning and programming processes. The complexity of the organizational model implemented in the investigated regions is reflected in the variety of tasks, governance' arrangement, and power that all different actors - inside ASLs and working together with them - can effectively wield.*

*Finally, the paper points out the main risks that ASLs and Italian regions are facing: disconnection between formal, legislative, prescriptions and practice; multiplication of decision-making centers, with possible conflicts arising between them; overlapping in strategic planning processes. All these issues must be taken into account both at the national and local level in order to implement a governance model inside ASLs able to be effective and to improve relationships between different institutions in health and social care sector.*

## Chapter 5

*The complex and ongoing search for organizational models able to respond to the growing and differentiated demand for care and health is a wide and challenging social theme that encompasses some of the specific features, such as the theoretical framework of the evolution of the concept of health and the actual changes of social systems and organizational models of socio-sanitary services.*

*The Socio-Sanitary District (DSS) is one of the organizational responses to a new model of care in the architecture of regional health systems and related models of local welfare.*

*The paper will present the results of a research, regarding the DSS of the Italian regions of Emilia Romagna, Lombardy, Puglia, Tuscany and Veneto. The analysis that has been conducted takes into account, in particular, the structural and organizational characteristics, programming tasks and connections - especially with the social environments (PSZ) and (institutional) actors involved in the process - the «government» of the District in reference to the actors and resources and, finally, operational management in relation to district activities and tools used, in a more or less similar way in the different regions.*

---

## Chapter 6

*The «primary health-care system» is specifically designed for a proactive approach and its most important characteristics are: full coverage of the territory through organizational units (the districts), assistance service and health-care access equal for everyone, integration between health and social care, improvement of social and human resources, sharing by citizens of service planning and health-care activities and results monitoring.*

*The chapter shows that the «primary health-care system» is often outlined by the examined regions (Toscana, Puglia, Veneto, Lombardia, Emilia-Romagna) in different ways with different tasks and topics.*

*Report results underline the high influence that the planning documents have in districts management and health-care department organization from ASLS' guidelines to specific actions as «Zone-Plans».*

*The number and the variety of actors in the primary care realm varies according to the complexity of the organizational model employed by each region: in a basic outline we have just family doctors, whereas in more articulated ones also nurses, second level physicians, clerks and social operators are involved. The general trend of the institutional framework given by local primary care, notwithstanding important differences among regions, is the obsolescence of the solo practice in favor of the group practice in which multi-professional integration takes place.*

*Examining a chronic pathology such as the diabetes, three similarities among the analyzed regions can be stressed: all of them take on the responsibility of such patients through ad hoc projects; patients' information-education about appropriated life styles are pushed alongside therapeutic patterns; finally, the entire care process moves from the hospital to the territory, through an increased responsibility given to family doctors.*

## Chapter 7

*This paper addresses the topic of medical (GPs) partnership in health-care. GPs of the Italian National Health System are today engaged in changing their organization, towards the creation of joint and multi-professional teams, with the aim of improving patients' care pathway. Regional legislation produced many organizational solutions for GPs practices, with the result of having heterogeneous associative models coexisting in the same contest, with different capacity to promote real multi-professional integration. Among this, there are many interest-*

*ing and effective experiences, like, for example, Primary Care Group in Emilia Romagna or Chronic Related Group in Lombardia, where the integration of multi-professional teams and the common definition of objectives and diagnostic workup improves the quality of care.*

*Medical partnership seems to be a fundamental element for future change and improvement in primary health care, and for putting patients at the core of medical treatment.*

## Chapter 8

*In this section old and new forms of association of general practitioners have been taken into consideration. The research has enabled us to obtain a cognitive framework on both the diffusion of associations, and on the establishment of experimental forms of association. However, the survey revealed a strong regional variability. Veneto, for example, has felt the need to reorder the various modes of association of physicians referring them back to only one ("integrated medicine group"). This choice comes from the need to achieve more effective coordination on the territory.*

*A matter of some interest concerns projects aimed at chronic diseases, including the model proposed by Tuscany, characterized by effectiveness and development opportunities. Also, Tuscany and Emilia Romagna are investing in the deployment of complex group of primary care - the «Case della Salute» - which should become a sort of «hospital of the territory», i.e. the new point of reference for primary care. In Lombardy, however, with the testing of Chronic Related Group is expected that an individual manager to take care of the entire process of taking care of chronic patients by applying diagnostic and therapeutic pathways and receiving a remuneration according to fixed rates. Through the creation of a sort of «DRG territorial», on the one hand you want to ensure that patients have a certain homogeneity in the offer of care; on the other - is undeniable - it points to a rationalization of costs.*

---

## Abbreviazioni e sigle

ADI = assistenza domiciliare integrata  
AFT = aggregazioni funzionali territoriali  
AO = azienda ospedaliera  
ASL = azienda sanitaria locale  
CBPE = ciclo buone pratiche per l'empowerment  
CREG = chronic related group  
CTSS = conferenza territoriale sanitaria e sociale  
CUT = coordinamento unico territoriale  
DSS = distretto socio-sanitario  
FSE = fascicolo sanitario elettronico  
IRCSS = istituti di ricovero e cura a carattere scientifico  
MMG = medici di medicina generale  
NCP = nuclei di cure primarie  
LEA = livelli essenziali di assistenza  
PAA = programma attuativo annuale  
PAL = piano attuativo locale  
PAT = piano di attività territoriali  
PDTA = percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali  
PDZ = piano di zona  
PIS = piano integrato di salute  
PLS = pediatri di libera scelta  
POFA = piano di organizzazione e funzionamento aziendale  
PSN = piano sanitario nazionale  
PSSR = piano socio-sanitario regionale  
PUA = porta (o punto) unica di accesso  
SAI = specialisti ambulatoriali interni  
SDS = società della salute  
SSN = sistema sanitario nazionale  
UTAP = unità territoriali di assistenza primaria  
UVM = unità valutativa multidimensionale

