

Alma Mater Studiorum – Università di Bologna

**DOTTORATO DI RICERCA IN
SCIENZE MEDICHE GENERALI E SCIENZE DEI SERVIZI**

Ciclo XXV

Settore Concorsuale di afferenza: 06/M1

Settore Scientifico disciplinare: MED/42

**LA GOVERNANCE DEL SOCIOSANITARIO IN EMILIA ROMAGNA:
ESPERIENZE E PROSPETTIVE**

Presentata da: Dott.ssa Simona Ferlini

Coordinatore Dottorato

Prof. Nicola Rizzo



Relatore

Prof.ssa Maria Pia Fantini



Esame finale anno 2014

INDICE

1	Contesto.....	4
	La crisi di sostenibilità e le molteplici transizioni del sistema.....	4
	La transizione demografica.....	4
	La transizione epidemiologica.....	5
	La transizione socio-culturale.....	7
	L'imperativo dell'integrazione.....	10
	L'integrazione socio-sanitaria: le raccomandazioni SIQuAS.....	13
	La frammentazione sociale e sanitaria.....	16
2	Obiettivi e metodo.....	19
	Obiettivi.....	19
	Domanda di ricerca.....	19
	Problemi di metodo.....	19
	Il disegno della ricerca.....	22
	Schema delle interviste.....	24
3	Risultati.....	25
	La teoria del progetto: la Governance del socio-sanitario in Emilia-Romagna.....	26
	L'integrazione istituzionale: l'infrastruttura della governance.....	31
	Il livello Regionale.....	33
	Il livello intermedio.....	35
	Il livello distrettuale: il Comitato di distretto e l'Ufficio di Piano.....	38
	Il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza.....	43
	L'integrazione all'opera: il sistema informativo socio-sanitario integrato GARSIA.....	45
4	Conclusioni.....	50
5	Appendice normativa.....	52
	Contesto normativo nazionale.....	52
	Contesto normativo regionale.....	55
	Norme generali: organizzazione del SSR e del Sistema integrato di interventi e servizi sociali.....	55
	Sistema della governance (architettura istituzionale).....	56
	Fondo Regionale per la Non Autosufficienza.....	57

Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona (ASP).....	58
Accreditamento e organizzazione dei servizi.....	58
Politiche per anziani.....	60
6 Documenti analizzati.....	61
Conferenza territoriale sociale e sanitaria di Bologna.....	61
Programmazione distrettuale.....	62
7 Bibliografia.....	63
Contesto demografico, epidemiologico e socio-culturale.....	63
Problemi dell'integrazione.....	64
Metodo.....	66
Governance e integrazione in Emilia-Romagna.....	68
Ringraziamenti.....	70

1 Contesto

La crisi di sostenibilità e le molteplici transizioni del sistema

Il sistema sanitario italiano sta affrontando, senza dubbio, il fronte al passaggio più difficile dal suo concepimento. L'aspetto più appariscente delle difficoltà di questo passaggio è, senz'altro, la drastica riduzione delle risorse, che sta mettendo seriamente in questione la sostenibilità e la responsabilità del sistema, con il diffondersi di situazioni di *under treatment* e di mancato accesso ai servizi (AgeNaS, 2012; Cantù & Longo, 2013), e che impegna più che mai il SSN a un uso efficiente delle risorse.

Ma sebbene la drastica riduzione delle risorse pubbliche sia l'aspetto più appariscente della difficile transizione che stiamo attraversando, essa si accompagna a tutto un complesso di mutamenti sociali, economici, demografici ed epidemiologici che si sono venuti accumulando dalla istituzione del SSN a oggi, sui quali la crisi economica e il taglio delle risorse agiscono come un catalizzatore, facendone precipitare le conseguenze. Questi mutamenti emergono così oggi in tutta la loro forza, e sinergicamente, delineando una crisi che accanto a quella economica assomma in sé altre tre grandi transizioni: **una transizione demografica, una transizione epidemiologica, una transizione socio-economica.**

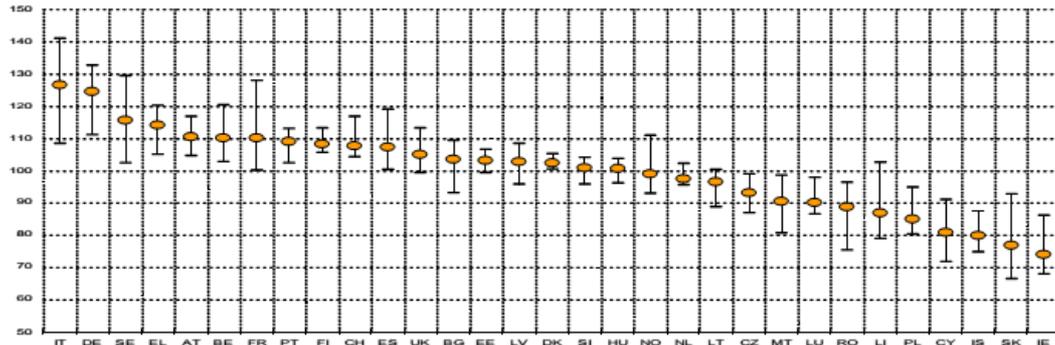
La transizione demografica

La più nota di queste tre grandi transizioni è senz'altro quella **demografica**: l'invecchiamento della popolazione in tutti i paesi sviluppati è un fenomeno già noto, e l'Italia, nel 2011 con 147,2 anziani ogni 100 giovani, è al secondo posto nella graduatoria dell'indice di vecchiaia dei ventisette paesi europei dopo la Germania (Fonte: Eurostat). Secondo le proiezioni di Eurostat, il processo di invecchiamento della popolazione raggiungerà nei prossimi cinquant'anni un livello senza precedenti nei 31 paesi dell'Unione Europea, e l'Italia, che al 2010 risulta ai vertici di questo processo (Lanzieri, 2011; cfr. figura 1) costituisce un importante laboratorio per studiare l'impatto di questo processo sui bisogni e sulle caratteristiche epidemiologiche della

popolazione, e per sperimentare le innovazioni nell'offerta, nell'organizzazione e nella governance dei servizi sanitari e socio-sanitari.

Figura 1: posizione dell'Italia rispetto ai principali indicatori di invecchiamento

Figure 1: Range and average of selected ageing indicators* on 1 January 2010 (average each indicator = 100)



(*): median age, proportion of persons aged 65 and over, proportion of persons aged 80 and over and old age dependency ratio.

La transizione epidemiologica

La transizione epidemiologica è correlata alla transizione demografica, ma non riguarda solamente la popolazione anziana: essa cambia drasticamente il profilo epidemiologico in tutte le classi di età, spostando il baricentro dall'acuzie alla **cronicità e alla multimorbidità**. Attualmente, secondo il WHO le malattie non trasmissibili (noncommunicable diseases, NCD) – sono responsabili del 92% di tutte le morti nel nostro Paese, con una maggiore rilevanza delle patologie cardiovascolari (41%) e dei tumori (28%) (WHO, 2011). Questa transizione è iniziata nel XX secolo, grazie ai progressi nella riduzione e nel controllo della diffusione delle malattie infettive, ma il suo peso nel modificare il profilo dei bisogni della popolazione si è enormemente accresciuto negli ultimi decenni, in seguito ai progressi tecnologici nella diagnosi e cura delle malattie, che hanno permesso, da un lato, di curare, ma non di guarire, patologie che un tempo avevano un esito letale precoce e, dall'altro hanno prolungato la sopravvivenza di pazienti affetti da malattie croniche.

Tabella 1: Cronicità e multimorbidità in Italia (Fonte: elaborazione da dati Multiscopo ISTAT)

	Italia, 2013	
	almeno una malattia cronica	almeno due malattie croniche
Classe di età		
Popolazione totale	37,90%	20,00%
65-74 anni	75,60%	48,70%
75 anni e più	86,40%	68,10%

Fonte: ISTAT, Multiscopo sulle famiglie: aspetti della vita quotidiana - parte generale
<http://dati.istat.it>

Invecchiamento della popolazione e slittamento verso la cronicità si accompagnano, infine, a un progressivo aumento della complessità dei pazienti: le persone con più di una malattia cronica hanno raggiunto, nel 2013, il 20% della popolazione totale, e rispettivamente il 48,7% e il 68,1% delle persone fra i 65 e i 74 anni e delle persone con più di 75 anni (Fonte: ISTAT, Multiscopo, tabella 1). La condizione più comune fra gli anziani è dunque quella della **multimorbilità**, o multimorbilità (multimorbidity), definita dal Ministero della Salute (Relazione sullo stato sanitario del paese 2009-2010) come “l’intercorrenza di due o più malattie o condizioni mediche nello stesso individuo”, spesso senza che sia possibile o appropriato individuare quella prognosticamente e terapeuticamente più rilevante. La prevalenza di questa condizione richiede un vero e proprio cambio di paradigma nell’approccio al paziente: non è più possibile una visione settoriale, che si concentra su una malattia “indice”, la cui scelta può dipendere dal fatto che è quella che condiziona maggiormente la prognosi, o dal fatto che è quella che ha determinato l’evento acuto, oppure, a volte, dal punto di vista dell’operatore sanitario che si trova a gestire tale patologia. La multimorbilità pone in questione

“the adequacy of characterizing illness disease-by-disease. With rapidly increasing coexistence of multiple diseases within individuals, a disease-by-disease focus is becoming counter-productive to effectiveness, equity, and efficiency of health services. The sanctity of “disease” prevails in western medicine, despite the fact that diseases were never clearly distinct entities. Most quality of care efforts assume that early identification of risk factors for specific diseases improves health and, thereby, reduces costs, but this approach may not be suitable in meeting future healthcare needs (Starfield, 2011).

Il Ministero della Salute (Fini, 2013) raccomanda quindi di prendere in considerazione il “fenomeno complesso”, che “lungi dall’essere una semplice sommatoria delle condizioni morbose

che lo compongono, rappresenta un'entità fenomenica con caratteristiche peculiari in termini di eziopatogenesi, necessità terapeutiche e prognosi”, guardando oltre le definizioni tassonomiche tradizionali, e addirittura di abbandonare la “malattia-ontologia”, da identificare leggendo il quadro clinico come un'impronta digitale, perché è indispensabile tenere conto della possibile coesistenza di più condizioni morbose e delle interazioni fra gli effetti specifici, diretti, indiretti e collaterali dei diversi trattamenti che vengono praticati sul paziente.

La transizione socio-culturale

La terza grande transizione è la meno appariscente dal punto di vista dei servizi sanitari: quella **socio-culturale**. Benché meno rilevata delle altre due, questa transizione ha un forte impatto sotto diversi aspetti che incidono sulla capacità globale del sistema di far fronte ai nuovi bisogni connessi all'invecchiamento e alla cronicità:

- la tenuta delle famiglie, che incide sulla capacità del paziente di far fronte alle proprie necessità di cura e assistenza
- la coesione sociale, che a sua volta impatta: sulle condizioni di salute e di benessere generali della comunità, ovvero sul *burden of disease*, e sulla disponibilità di risorse sociali per far fronte ai bisogni e alle sfide connessi alla cronicità e alla non autosufficienza (Wilkinson2009)
- la domanda di servizi e le modalità in cui vengono fruiti,
- la stessa legittimazione del sistema, che, venendo meno, influisce gravemente sull'operatività dei servizi, peggiorando il clima organizzativo e determinando una crescita esponenziale del contenzioso sanitario e il diffondersi di pratiche di medicina difensiva.

Sotto questo aspetto, il primo elemento da rilevare è la debolezza delle famiglie: un dato da non sottovalutare, considerando il ruolo fondamentale svolto dalla famiglia e dal *caregiver* nel sistema di welfare italiano, e in particolare nella gestione delle persone non autosufficienti (Da Roit, Da Roit, Barbara, and Blanche Le Bihan. 2009; Da Roit, Barbara, and Manuela Naldini. 2010; Gori, Cristiano 2010; Fosti e Larenza, 2012). L'Indagine Multiscopo ISTAT del 2009 rileva una progressiva crescita delle persone sole, e secondo il Rapporto sulla coesione sociale 2013 curato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, tra queste il 54,4% ha oltre 60

anni. Rispetto a questa evoluzione, è emblematico il caso della Provincia di Bologna, dove le famiglie unipersonali sono aumentate negli ultimi 25 anni di circa il 68% (Fonte: Profilo di Comunità 2010, cfr. figura 1).

Nello stesso tempo, secondo la Multiscopo, aumenta la mobilità residenziale delle famiglie, che passa dal 3,7% del 2001 al 5,3% del 2009 a livello nazionale, e tocca la punta del 7% della popolazione nell'Italia del Nord Est: questo comporta in generale un allentamento dei legami sociali, e in particolare aumenta il rischio che la persona che viene a trovarsi in condizione di non autosufficienza non possa disporre di una rete di sostegno a cui fare riferimento.

Figura 1 - Fonte: Provincia di Bologna, Profilo di Comunità 2010

Prospetto 2.9 - Persone sole per sesso e classe di età - Medie 2001-2002, 2003-2005, 2006-2007, 2008-2009 (per 100 persone dello stesso sesso e classe di età)

ANNI	Maschi				Femmine				Maschi e femmine			
	Meno di 45 anni	45-64	65 e più	Totale	Meno di 45 anni	45-64	65 e più	Totale	Meno di 45 anni	45-64	65 e più	Totale
2001-2002	7,4	8,1	14,3	9,0	4,8	8,1	38,1	14,2	6,1	8,1	28,2	11,7
2003-2005	8,7	8,3	13,4	9,5	5,3	9,1	38,0	14,9	7,0	8,7	27,7	12,3
2006-2007	9,1	9,4	13,6	10,1	5,7	9,2	36,9	15,0	7,4	9,3	27,1	12,6
2008-2009	9,8	10,5	15,1	11,2	6,4	10,5	38,0	16,1	8,1	10,5	28,3	13,7

La mobilità delle famiglie non è, tuttavia, il solo elemento che incide negativamente sulla coesione sociale. In effetti, in sociologia l'epoca che stiamo attraversando è stata descritta come quella della “**società liquida**” (Baumann, Z. 2006), o “società del rischio” (Sennet, R., 2001), caratterizzata dal liquefarsi delle reti di relazioni e dei valori che erano connessi al legame consuetudinario con i propri luoghi di vita e di lavoro. I soggetti più rappresentati in questo tipo di società sono caratterizzati insieme da un atteggiamento iperprestativo e bulimico e da estremo individualismo ed estrema vulnerabilità sociale (Baumann, Zigmunt. 2007; Guidi, Riccardo, and Gino Mazzoli. 2012). Queste caratteristiche incidono in misura perspicua sul sistema sanitario, innanzitutto perché l'atteggiamento individualistico, iperprestativo e bulimico

determina una crescita della domanda, indicando nella prestazione sanitaria la risposta a qualunque tipo di problema (“per ogni problema 'io' devo poter trovare una soluzione, c'è sempre qualcosa da fare dunque io, o il medico, dobbiamo farla”), e, contestualmente, della medicina difensiva e del contenzioso sanitario (“se non trova o non applica la soluzione, se non fa, il medico è colpevole”) (Cipolla, 2010), e in secondo luogo perché delegittimano il sistema, finendo per costruire un quadro nel quale i cittadini domandano servizi, sì, ma collocandosi all'esterno di esso, “in silenzioso esodo dalla cittadinanza”, da un lato percependo la risposta prestazionale del sistema come sempre inadeguata, dall'altro individuando la spiegazione di questa inadeguatezza nella risposta privilegiata che il sistema (almeno teoricamente) fornisce alle categorie deboli:

“Queste criticità si traducono in nuovi disagi e malattie (in particolare la depressione) che attraversano soprattutto una fascia sociale definibile come «ceto medio impoverito» o «vulnerabili». Per queste persone la crescente evaporazione dei legami sociali rende più difficile l'elaborazione del limite e il fronteggiamento delle difficoltà; allo stesso tempo il modello iper-prestativo dominante produce spesso «vergogna» nel chiedere aiuto. L'area dei vulnerabili non sta solo silenziosamente slittando verso la povertà, ma è anche in tacito esodo dalla cittadinanza: sta sviluppando cioè un ri-sentimento verso tutto ciò che è istituito (non solo Stato ed Enti locali, ma anche terzo settore e sindacati) da cui non si sente ri-conosciuta” (Guidi e Mazzoli, 2012).

Nella difficile transizione che sta attraversando, la crescita esponenziale del **contenzioso sanitario** (che è più triplicato in quindici anni, passando da 9.567 nel 1994 a 34.035 nel 2009, ANIA, 2011) innanzitutto, e insieme ad essa la **crescita della domanda inappropriata e della medicina difensiva**, e la **delegittimazione** del sistema sono i fattori che, più ancora della restrizione delle risorse e dell'evoluzione demografica ed epidemiologica, mettono seriamente in questione la sostenibilità e il funzionamento del SSN, e allo stesso tempo costituiscono per esso le sfide più difficili da affrontare. Per farlo, infatti, non bastano i miglioramenti gestionali o organizzativi interni alle aziende sanitarie, e neppure la creazione delle indispensabili connessioni fra servizi sanitari e sociali, ma è necessaria una “medicina d'iniziativa sociale” che punti a recuperare i soggetti “in tacito esodo dalla cittadinanza”, a riconoscerli, e a ricostruire legittimazione e collaborazione attorno ai servizi.

L'imperativo dell'integrazione

Questa serie di profondi cambiamenti demografici ed epidemiologici e socioeconomici concomitanti, modificando radicalmente tanto i bisogni della popolazione che l'ottica in cui dev'essere orientata la cura, rende indispensabile un vero e proprio cambio di paradigma dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria

- non più nella prospettiva di un orizzonte temporale definito, ma in quella della lunga durata: l'obiettivo non è più soprattutto il controllo e la riduzione dell'impatto delle malattie acute (su cui tuttora è disegnata la lettura dell'organizzazione dei sistemi sanitari centrata sui DRG), ma la continuità della cura e della presa in carico, e la organizzazione di percorsi assistenziali volti a garantirle
- non più esclusivamente nella prospettiva della guarigione, ma anche in quella della qualità della vita a lungo termine
- non più in una prospettiva esclusivamente sanitaria, ma anche in quella sociale, ossia tenendo conto
 - a) dell'insieme dei servizi sociali e sociosanitari che incidono sulla qualità della vita della persona con malattia cronica o disabilità
 - b) delle risorse di *self-management* della persona e della squadra di operatori e caregivers che concorrono al suo benessere e alla qualità della sua vita.
 - c) del capitale sociale e delle reti che concorrono a migliorare il modo in cui una comunità.

Integrazione, continuità e coordinamento sono le parole d'ordine che meglio descrivono questo cambio di paradigma, e la loro attuazione è ampiamente riconosciuta come la condizione necessaria tanto per la sostenibilità del sistema (Oxley 2008) quanto per la qualità e appropriatezza delle cure. Una indagine condotta dall'OECD individua nella insufficiente coerenza e coordinamento nell'erogazione delle cure la principale causa della inadeguata risposta ai bisogni delle popolazioni (Hofmarcher 2007).

L'integrazione, in effetti, rappresenta uno degli obiettivi fondamentali delle innovazioni organizzative degli ultimi decenni, non solo per i servizi sanitari ma per tutte le aziende produttrici di beni e servizi. Sul versante dei servizi per la salute, si esplica nell'obiettivo di

ridurre la frammentazione dell'erogazione dell'assistenza. Sempre più si percepisce la mancanza di una visione complessiva dei processi di cura individuali, e il bisogno di sviluppare forme di coordinamento nuove, infatti, proprio mentre cresce il bisogno di continuità e coerenza per i pazienti cronici, cresce anche la complessità dell'assistenza, e nello stesso tempo viene meno il modello tradizionale di assistenza, in cui la continuità era assicurata dalla presenza continuativa di un medico di riferimento che accompagnava il paziente lungo tutto il corso della vita e oltre i singoli episodi di malattia. In questo senso, Bodenheimer vede continuità e coordinamento come poli opposti:

“When continuity is near-total, as with my uncle, coordination is rarely needed. When continuity is limited, as with an academic department chair, coordination is constant and essential. (...) Care coordination has been defined as “a function that helps ensure that the patient’s needs and preferences for health services and information sharing across people, functions, and sites are met over time. Coordination maximizes the value of services delivered to patients by facilitating beneficial, efficient, safe, and high-quality patient experiences and improved healthcare outcomes” (Bodenheimer, 2008).

I sistemi sanitari stanno affrontando questo cambio di paradigma modificando radicalmente le modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria, spostando il baricentro dell'assistenza da un modello di cura orientato all'acuzie e alla guarigione a un modello orientato alla cronicità e quindi alla continuità delle cure e dell'assistenza e quindi investendo sempre di più sull'assistenza a favore di soggetti affetti da patologie croniche e sul rafforzamento delle cure primarie e dell'integrazione e del coordinamento tra medici di medicina generale, altri professionisti sanitari e specialisti ospedalieri (Regione Emilia Romagna, DGR 291/2010 Case Della Salute).

Questo cambiamento, tuttavia, rappresenta anche la sfida forse più difficile per il SSN, e ancora oggi, e tuttora permangono forti soluzioni di continuità fra l'evento acuto gestito in ospedale e la gestione a domicilio del paziente, soprattutto perché le modalità organizzative multidisciplinari proprie dell'ambiente ospedaliero sono difficili da trasferire nel contesto territoriale, caratterizzato da una molteplicità di attori e di *setting* assistenziali (Damiani et al., 2009) spesso fisicamente collocati in luoghi diversi, non tutti “interni” al mondo della sanità, e non tutti dipendenti gerarchicamente dalle organizzazioni sanitarie (Compagni, Amelia, Fabrizio Tediosi, and Valeria D. Tozzi. 2010; Cotter J., Smith W. e Boling P. 2002; Coleman E.A. e Berenson R. A. 2004; Hofmarcher, Maria M., Howard Oxley, and Elena Rusticelli. 2007). La

ricerca di soluzioni innovative per collegare ospedale e territorio, e per realizzare sul territorio le connessioni a rete necessarie a rispondere in modo sistemico ai molteplici bisogni del cittadino / paziente, tuttavia, spesso fatica, soprattutto nella pratica, a oltrepassare i confini della “cure” e delle organizzazioni sanitarie, e a dare visibilità alle problematiche di tipo socio-assistenziale e socio-sanitario. Persino il WHO, anche quando fa proprio l'imperativo dell'integrazione (“We need a comprehensive, integrated approach to service delivery. We need to fight fragmentation.” WHO Director-General, 2007), il WHO prospetta una definizione puramente sanitaria di essa e dei servizi che devono essere integrati: integrazione è “The management and delivery of health services so that clients receive a continuum of preventive and curative services, according to their needs over time and across different levels of the health system”(WHO, 2008).

Tuttavia sono proprio le caratteristiche della popolazione che emerge dalle transizioni socio-economica, demografica ed epidemiologica che stiamo attraversando a imporre l'attraversamento di questi confini, non soltanto perché il benessere, la qualità della vita in età anziana e la riduzione degli anni di vita con disabilità dipendono da politiche di prevenzione e di promozione che richiedono la collaborazione di tutti gli attori del territorio, ma anche, a un livello più “hard”, perché la possibilità di mantenere a domicilio un paziente anziano complesso dipende da risorse che sono di carattere sociale, come le capacità di Self-management del paziente, la solitudine, la presenza di *caregivers*, l'adeguatezza dell'abitazione, eccetera: il paziente anziano ha bisogno di interventi socio-assistenziali più complessi affinché il piano terapeutico possa essere proficuo, e per questo alla *continuità di cura* deve affiancarsi la *continuità assistenziale sociale e sanitaria*. Questo

Questo pone il problema di un ampliamento del concetto di “integrazione” che superi i confini dei servizi sanitari. L'integrazione sociosanitaria, intesa come “il coordinamento tra interventi di natura sanitaria e sociale, a fronte di bisogni di salute molteplici e complessi, sulla base di progetti assistenziali personalizzati.” (Raccomandazioni SIQuAS, 2012) è una componente fondamentale della salute e delle riforme dell'assistenza in tutta Europa, perché il cambiamento della domanda di assistenza derivante dalle tre grandi transizioni può essere affrontato solo offrendo una assistenza che è centrata sulla persona, riconoscendo che gli esiti dell'assistenza sanitaria e sociale sono interdipendenti, e contrastando, attraverso una migliore organizzazione delle cure, i fattori di svantaggio

territoriale, economico e sociale che toccano il principio di equità rispetto alla salute di tutta la popolazione.

Oltre che dal fine generale del benessere dei pazienti, inoltre, questo ampliamento è anche un imperativo dettato dalla necessità di migliorare l'appropriatezza e l'efficienza delle cure, nell'ottica della coerenza della riorganizzazione complessiva del sistema. Lo dimostra, ad esempio, il fenomeno dei "bed blockers", molto rilevante ai fini di una razionalizzazione appropriata dell'assistenza ospedaliera: il successo della dimissione è fortemente dipendente dalla presenza di un processo di accompagnamento del paziente e realizzata attraverso la collaborazione fra diverse figure professionali e fra differenti strutture (ospedale, territorio, servizi sociali) (Baumann, Matt et al. 2007), e due ricerche recenti svolte sul territorio bolognese mostrano che sono i pazienti anziani, soprattutto quelli con comorbidità e bisogni socio-assistenziali complessi, quelli più soggetti a subire un ritardo della dimissione ospedaliera (Annicchiarico, Massimo, Marilina Colombo, and Adalgisa Protonotari. 2012). e che l'età, la difficoltà di svolgere le attività quotidiane e il mancato supporto familiare sono le cause più frequenti che portano i pazienti a subire una dimissione ritardata (Mongardi, Maria. 2013).

L'integrazione socio-sanitaria: le raccomandazioni

SIQuAS

"La salute è l'esito delle "relazioni" tra sistemi in cui è inserita la persona (famiglia, ambiente, formazione e scuola, lavoro, giustizia e legge...); fra questi la "sanità" ed il "sociale" sono quelli per cui l'integrazione è essenziale per le forti interconnessioni e la difficoltà di distinguere il livello di separazione" (SIQuAS, 2012)

L'integrazione sociosanitaria costituisce un passo ulteriore rispetto alla - già di per sé molto problematica - integrazione fra discipline e strutture necessaria a garantire continuità, coordinamento e multiprofessionalità all'interno dell'assistenza sanitaria, quella che gli inglesi chiamano "cure", "curare una malattia con l'intenzione di guarire". L'assistenza "veramente" integrata, quella che si fa carico della salute al di là della presenza o meno di una patologia, è infatti quella per la quale gli inglesi usano il termine "care", che esprime il curare con l'intenzione di rendere migliore la qualità di vita. Essa va intesa come il coordinamento tra interventi di natura sanitaria e sociale, a fronte di bisogni di salute molteplici e complessi, e richiede sia strutture di coordinamento che progetti assistenziali personalizzati. Aspetti

fondamentali sono l'effettiva centralità della persona e dei suoi bisogni, la rilevanza della prevenzione e la programmazione integrata.

Secondo Kodner e Spreeuwenberg,

"L'**integrazione** è l'**insieme coerente** di metodi e di modelli riguardanti il finanziamento, l'amministrazione, l'organizzazione, l'erogazione di servizi ed i livelli clinici, progettati per creare connessioni, allineamento e collaborazione all'interno e tra i settori delle cure (**cure**) e dell'assistenza (**care**). Scopo di tali metodi e modelli è di aumentare la qualità dell'assistenza e la qualità di vita, il livello di soddisfazione e l'efficienza di sistema per pazienti con problemi complessi e di lunga durata che coinvolgono diversi servizi, erogatori e modalità assistenziali." (Kodner e Spreeuwenberg, 2002)

Di recente, la Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria (SIQuAS), con l'appoggiodi AgeNaS, ha costituito un gruppo di lavoro che ha prodotto nel 2012 una prima Raccomandazione "La qualità nell'integrazione tra sociale e sanitario". La raccomandazione è indirizzata a politici e funzionari amministrativi nazionali, regionali e di Enti Locali, Direttori Generali e Staff, di Aziende Sanitarie Locali e Ospedaliere, Dirigenti e operatori dei Servizi e degli Enti Locali; Gruppi Professionali e professionisti singoli.

Ai fini dell'elaborazione della Raccomandazione, la SIQuAS ha compiuto una ricognizione dei principali modelli e logiche di integrazione e continuità nell'assistenza, constatando che le riflessioni su modelli e processi di integrazione appartengono soprattutto alla riflessione aziendalistica, e solo in pochi casi, riconducibili sostanzialmente ai due modelli del chronic care model e disease management (o, come traduzione operativa, a reti e percorsi assistenziali), si applicano all'integrazione assistenziale, restando tuttavia sempre in ambito prettamente circoscritto alla "cure". Tutti i modelli esaminati sono costituiti da elementi comuni: clinical governance e integrazione dei percorsi tra le diverse istituzioni, approcci pluridisciplinari, integrazione verticale e orizzontale; coinvolgimento dei pazienti; benchmarking e benchlearning; razionalizzazione sistema offerta; economie di scala.

L'aspetto più interessante della Raccomandazione è la sottolineatura del fatto che l'integrazione, per essere realizzata, dipende da un'azione coordinata e coerente a molteplici e differenti livelli, sia per le **funzioni** oggetto della raccomandazione:

- istituzionale del governo nazionale e locale;
- gestionale di tipo organizzativo e professionale;
- assistenziale nella pratica clinica e sociale.

sia per gli effettivi livelli a cui deve essere attuata:

- **Territoriale**, dove la coincidenza tra Distretto Sanitario e Ambito Territoriale Sociale è condizione necessaria, anche se non sufficiente, per una corretta ed efficace integrazione tra sanità e sociale.
- **Istituzionale**, con riferimento ai soggetti istituzionali che hanno le competenze nel sociale e in sanità (Comuni e ASL), per individuare forme solide e stabili di collaborazione per l'integrazione tra sanità e sociale.
- **Normativo**, a livello nazionale per trovare il giusto equilibrio tra l'aggiornamento dei LEA sanitari e la individuazione dei corrispettivi livelli relativi all'assistenza sociale; a livello delle Regioni per l'armonizzazione delle normative di settore nel rafforzamento della logica di sistema unitario e coerente.
- **Finanziario**, che rimodula lo squilibrio crescente tra risorse economiche destinate a sanità e sociale con l'individuazione degli strumenti per il finanziamento congiunto dell'area dell'integrazione sociale e sanitaria.
- **Programmatorio**, che contempla l'adozione di uno strumento unico, unitario, o comunque integrato, per la programmazione sanitaria e sociale sia a livello regionale che nei territori locali.
- **Organizzativo**, con la progressiva configurazione ed il consolidamento della rete dei servizi integrati sociali e sanitari che valorizzi e armonizzi l'articolazione strutturata e stabile della sanità con quella flessibile e polifunzionale del sociale.
- **Gestionale**, nella prospettiva di una "sussidiarietà circolare", che comprende, da un lato, le responsabilità dei diversi soggetti istituzionali e l'importante ruolo di molte realtà del privato sociale, e, dall'altro, processi e percorsi lineari,

semplificati unitari tra le aree dell'accettazione/accoglienza, della valutazione multidisciplinare, della presa in carico e della continuità degli interventi integrati sociali e sanitari.

- **Professionale**, superando lo squilibrio tra la presenza dei profili delle professioni sanitarie e la mancanza dei ruoli delle professioni sociali, nella proposta di occasioni, forme e modalità stabili di collaborazione tra le professionalità all'“interno” e “tra” i sistemi sanitari e sociali di servizio alla persona. (SIQuAS 2012).

La frammentazione sociale e sanitaria

Oltrepassare il confine della “cure” e connettere e coordinare le diverse forme di assistenza sanitaria, socio-sanitaria e sociale, per realizzare un modello di presa in carico complessiva, capace di rispondere a tutti i suoi bisogni una volta passata la fase acuta della malattia, è dunque la condizione necessaria per un utilizzo appropriato dei servizi e per produrre reale benessere per il paziente cronico. L'approfondimento sul socio-sanitario si impone nel quadro della deospedalizzazione e della crescita delle reti territoriali, ma è soprattutto necessario per programmare a partire dai bisogni dei cittadini, e richiede lo sviluppo di processi di garanzia della continuità delle cure e di presa in carico globale dei pazienti. L'integrazione sociosanitaria è già tra gli obiettivi indicati dalla legge istitutiva del nostro SSN, la 833 del 1978. Si tratta di uno sforzo indispensabile, invocato da tutti i documenti di programmazione che prendono in conto la condizione dei malati cronici e dei non autosufficienti, da ultimo, AgeNaS (AgeNaS 2012), e tuttavia molto poco praticato, e parzialmente raggiunto, come obiettivo, solo in casi eccezionali e dispersi sul territorio (SIQuAS 2012).

Questa difficoltà non è limitata al solo caso italiano, se anche a proposito del NHS inglese Adam Oliver, della *Integrated Community Health & Social Care Commissioning Team* osserva:

Nonetheless, it may well be difficult to stimulate cooperation between health and social care sectors as they have traditionally operated within their own silos, and are very protective of their own territories” (Oliver, Adam, 2006).

La prima e più appariscente difficoltà sta nel fatto che nel caso dell'integrazione socio-sanitaria, il confine da attraversare per realizzarla non separa semplicemente diverse professioni sanitarie, ciascuna con la propria cultura di riferimento e la propria affiliazione a uno specifico gruppo dei pari (Bergamaschi, 2009), o diverse unità organizzative, e neppure diverse organizzazioni

sanitarie, tutto sommato simili per finalità, struttura, problematiche, ma **due mondi**, come quello dell'ambito sociale e quello dell'ambito sanitario, profondamente diversi sotto molteplici aspetti, ma innanzitutto sotto quello della estrema **frammentazione e disomogeneità** che caratterizza il welfare italiano, gli attori che vi sono presenti e loro rapporti (di subordinazione gerarchica / contrattuali / di connessione volontaria / di sovrapposizione e composizione di competenze ...). Questa frammentazione è tale che il settore socio-sanitario italiano può a buon diritto essere qualificato come un “arcipelago” di attori complementari, non sempre e non necessariamente connessi o in collaborazione fra loro, che rispondono a logiche, interessi, normative spesso diversi e divergenti (Fosti, Larenza et al., 2012)

Il settore socio-sanitario del welfare italiano difficilmente può essere definito e rappresentato come un sistema, perché rappresenta, nel suo complesso, più un arcipelago di produttori e di attori complementari in cui non sempre è rintracciabile una chiara azione di regia complessiva. Del resto non è mai intervenuta una riforma organica del settore, che si ritrova pertanto ad essere la sommatoria di tante azioni parziali, talvolta pensate a livello nazionale, altre a livello regionale o locale, su spinta del settore sociale o, alternativamente, di quello sanitario. Una stratificazione di interventi legislativi e di riforma di diversa origine, a cui si sommano i processi spontanei interni di trasformazione e i veloci cambiamenti sociali in essere che riposizionamento implicitamente gli attori, non possono determinare un sistema. Obiettivo del presente lavoro è raccontare la configurazione e le geografie di questo arcipelago, per dare al lettore delle mappe per orientarsi e interpretarlo nel suo complesso. Esordiamo dicendo che si tratta di un settore di policy dove le principali funzioni (finanziamento, programmazione, committenza, produzione) sono disperse tra una pluralità di attori, non necessariamente gerarchicamente ordinati tra di loro.

Questa frammentazione è, fra l'altro, l'esito di una sommatoria di azioni parziali, pensate a diversi livelli, dal nazionale al locale, non sempre con una visione strategica di fondo, ed è tale che per ricostruire il sistema, e anche per creare percorsi di integrazione sociosanitaria, occorra tenere insieme un'arena in cui giocano diversi e molteplici attori, con diversi ruoli e funzioni.

- attori istituzionali (Stato, Regioni, Enti Locali, Aziende Sanitarie), rispetto ai quali è evidente una *frammentazione delle responsabilità nell'ambito della committenza e programmazione*, per le quali il criterio guida appare essere quello della provenienza dei finanziamenti (locali, nazionali) o del capitolo di spesa a cui sono ascritti (es. i fondi

costituiti in base alla legge 68/99), e non un disegno strategico coerente, una *frammentazione verticale*, con sovrapposizioni e incertezze nelle competenze dei diversi livelli giurisdizionali (Stato, Regioni, Enti Locali) e orizzontale, con lo sviluppo di sistemi sanitari fortemente regionalizzati in seguito alla riforma del Titolo V (Bertin e Cipolla, 2013).

- fonti di finanziamento, dove, l'elemento dominante è rappresentato dai trasferimenti monetari dell'INPS (circa il 65%), che si colloca accanto alla spesa sanitaria finanziata con risorse controllate da Regioni e Aziende USL si affianca la spesa privata out of pocket, alla spesa sociale (Comuni), ai fondi nazionale e regionale (per l'Emilia Romagna) per la Non autosufficienza, al Fondo Nazionale Politiche Sociali, e a diverse altre fonti di finanziamento come quelle per l'Adattamento dell'Ambiente Domestico, quelle ex lege 68/99, quelle per l'inserimento scolastico dei disabili ...
- produzione ed erogazione del servizio, frammentata fra attori diversi, pubblici, privati e no-profit
- stakeholders locali, gruppi di pressione, cittadini organizzati e non organizzati, caregivers, associazioni.

La difficoltà di governare, creare connessioni, e magari portare a sistema quest'arena è facilmente immaginabile: se già è possibile notare una decisa sproporzione fra i modelli e percorsi organizzativi e gestionali sviluppatisi nell'area dell'assistenza e cura dei pazienti acuti in ospedale e quelli sviluppatisi nell'area della assistenza a malati cronici, in reti territoriali che coinvolgono diversi soggetti e attraversano diversi confini organizzativi e gestionali, molto più difficile da parametrare, non è un caso che questa sproporzione aumenti in modo esponenziale quando si tratta dell'organizzazione della presa in carico sociosanitaria, e che, come già osservato, il tentativo di realizzarla, salvo poche eccezioni, ha dato finora risultati frammentari e poco significativi.

2 Obiettivi e metodo

Obiettivi

La Regione Emilia Romagna ha scelto di affrontare il problema dell'integrazione socio-sanitaria attraverso la costruzione di un sistema di *governance* che, pur conservando l'autonomia dei diversi attori in gioco nella cura e nella promozione del benessere, li mette in connessione e ne promuove la collaborazione attraverso una infrastruttura decisionale e programmatoria complessa e capace, almeno in teoria, di definire una progettazione e una gestione delle attività socio-sanitarie veramente integrata, adeguata ai bisogni del territorio, e capace di valorizzarne al meglio le risorse formali e informali per il benessere della comunità.

Domanda di ricerca

Scopo di questa ricerca è valutare in che misura e sotto quali aspetti il sistema della *governance* emiliano-romagnola sia riuscito a raggiungere questi obiettivi, quali elementi di contesto ne abbiano favorito o ostacolato il raggiungimento, in che misura questo modello sia replicabile o comunque fornisca indicazioni utili per l'integrazione socio-sanitaria in altri contesti.

Ai fini di questa valutazione, l'analisi sarà circoscritta alla programmazione e gestione integrata dei servizi rivolti agli anziani nel quadro dell'utilizzo del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza, con un focus sull'esperienza pilota della Conferenza territoriale sociale e sanitaria di Bologna e dell'Azienda USL di Bologna e, al loro interno, dell'implementazione dei percorsi di **dimissione protetta socio-sanitaria** a livello distrettuale, per verificare se l'infrastruttura della *governance* abbia permesso di migliorare significativamente la continuità della presa in carico fra sanitario e sociale e la qualità delle cure prestate ai cittadini anziani con patologie croniche, in particolare nel passaggio dall'ospedale al domicilio.

Problemi di metodo

Dall'**analisi della letteratura** sulle evidenze circa l'impatto dei principali modelli organizzativi mirati all'integrazione dell'assistenza sanitaria ("Chronic Care Model", "Disease Management", "Reti cliniche", "Percorsi assistenziali") emerge la difficoltà dell'analisi di questo tipo di

interventi: da un lato la stessa definizione di “integrazione”, o di “integrated care” è estremamente variabile, e solo raramente si estende fino a toccare il dominio del socio-assistenziale (Armitage, 2009.) dall'altro è la complessità di questi interventi a renderne difficile la valutazione, innanzitutto per l'impossibilità di individuare un solo fattore causale determinante e di separare l'intervento dal contesto in cui si svolge (Campbell, Fitzpatrick et al. 2000; Campbell NC, Murray E, et al., 2007; Shiell A., Hawe P., Gold L., 2008).

Ray Pawson (Pawson, R., Greenhalgh, T. et al., 2005) descrive e spiega in modo convincente questa difficoltà enucleando sette caratteristiche specifiche dei "**social complex interventions**":

1. gli interventi complessi sono **teorie**, cioè sono basati su **ipotesi** che postulano: se attuo questo programma, se organizzo i servizi in questo modo, otterrò un determinato miglioramento. Queste ipotesi sono fondate su determinati assunti su cosa determina la situazione insoddisfacente che si vuole modificare, e su quali azioni possono modificarla. Il primo passaggio nella “realist evaluation” è dunque individuare queste teorie, sia esplicite che implicite.
2. tutti i soggetti coinvolti negli interventi complessi, non solo gli operatori, ma **anche i beneficiari, sono attori**, ossia il risultato degli interventi dipende dalla volontà, dalle conoscenze, dalle capacità e risorse, dalla loro collocazione e dalle connessioni fra le persone: questi elementi non sono fattori confondenti da eliminare, come in un trial randomizzato, ,a al contrario sono costitutivi dell'intervento.
3. l'intervento consiste in **una catena di step o processi**, e ogni fase implica proprie negoziazioni, teorie, *feedback*, eventuali fallimenti. Il percorso degli interventi complessi è lungo, dalla costruzione delle architetture di *policy* alla loro declinazione in decisioni fattuali, progetti e accordi fra tutti i soggetti – istituzionali e privati – che concorrono a realizzarli, fino al cambiamento concreto delle modalità operative delle organizzazioni e dei singoli individui – professionisti, operatori, cittadini – che devono collaborare ad attuarli (un cambiamento operativo che, per realizzarsi, deve investire non solo la struttura ma anche la cultura organizzativa delle organizzazioni e dei singoli (Allaire, Yvan, and Mihaela E. Firsirotu. 1984). Perciò, gli interventi complessi vanno seguiti, nei limiti del possibile, nel loro sviluppo temporale: la misura in cui sono

efficaci dipende dalla sommatoria dei successi (o degli insuccessi) dell'intera sequenza di passaggi in cui il programma si dispiega, e il problema è che per ciascuno di questi passaggi la “teoria”, ossia le ipotesi e gli assunti su cui si basa il singolo passaggio può essere sbagliata, oppure i fattori di contesto, gli individui coinvolti, o la cultura organizzativa “locale” possono portare all'insuccesso.

4. I programmi hanno **stakeholder multipli, e lunghe catene non lineari di implementazione**: la forma dell'intervento effettivamente realizzato dipende dalla negoziazione con gli attori coinvolti e dal loro peso (si pensi alla negoziazione con i Medici di medicina generale per la realizzazione dei Nuclei di Cure Primarie).
5. l'attuazione dei programmi è "**embedded**": gli interventi sono incastonati nei sistemi sociali complessi, e il modo in cui funzionano è modellato dal contesto, e a sua volta lo modifica.
6. Gli interventi complessi sono “liquidi” e si modificano man mano che gli attori imparano, o inventano, o imitano comportamenti e *frames* concettuali con cui realizzarli. L'apprendimento e i *frames* concettuali degli attori modificano l'intervento: i soggetti coinvolti facilmente applicheranno *frames* concettuali appresi da precedenti esperienze, proprie o di colleghi a cui avranno chiesto consiglio: il rischio, in questo caso, è che l'**etichetta che descrive l'intervento finisca per essere qualcosa di molto diverso** da ciò che viene applicato nella pratica.

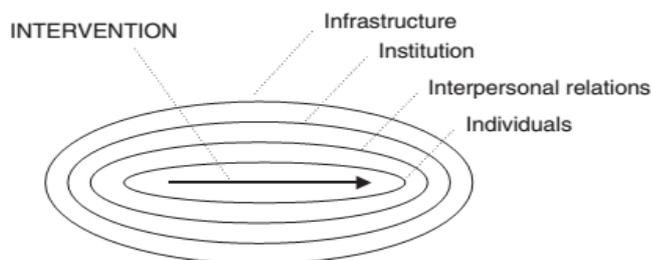


Figure 2 Intervention as the product of its context

Figura 3: l'intervento come prodotto del contesto (Pawson, Greenhalgh et al. 2005).

Per valutare i "complex social interventions", Ray Pawson e Nick Tilley hanno sviluppato, a partire dagli anni '90, l'approccio della "**Realistic Evaluation**", un metodo dichiaratamente più debole, dal punto di vista epistemologico, del tradizionale modello "dose-risposta", ma più efficace per valutare situazioni complesse, dove le relazioni causali da stabilire per comprendere

“cosa funziona” non sono lineari, come nei trial clinici, ma *generative*, ossia tali che per stabilire il nesso causale fra due eventi (X e Y) occorre individuare il meccanismo (M) causale che li connette e il contesto (C) in cui si verifica la relazione. La domanda, dunque, in una valutazione realistica, diventa “**cosa, di questo programma, funziona, per quali soggetti, in quali circostanze?**” (Pawson, R., Tilley, N., 1997).

Il disegno della ricerca

Gli elementi principali di analisi, in questo modello che considera gli interventi (policies, programmi, piani e progetti) come "teorie incarnate" sono (cfr. figura 3, tratta da Pawson, R., Tilley, N., 1997):

- la "teoria del progetto" (Moro, 2005),
- il contesto in cui essa viene applicata, costituito, in sintesi:
 - dalle regole, norme, indirizzi e linee guida
 - dalle strutture (sociali, organizzative, ecc.),
 - dagli attori in gioco, dai loro interessi, dai significati che proiettano sulla teoria del progetto, dalle loro rappresentazioni circa il contesto regolativo e strutturale, dai loro interessi.

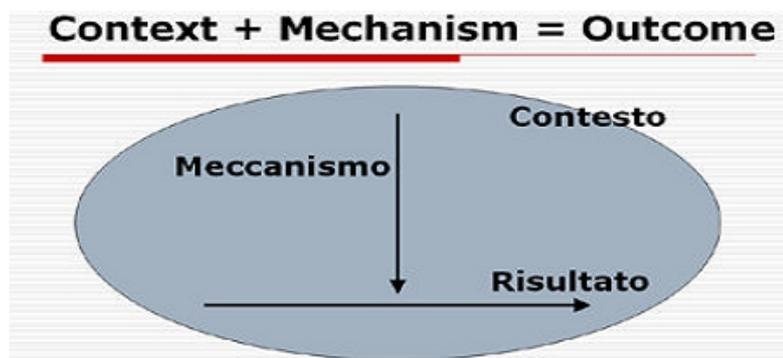


Figura 3: il modello analitico della Realistic Evaluation (Virgilio, 2012)

Seguendo il modello della *Realistic Evaluation*, i passaggi fondamentali della ricerca sono stati dunque:

- enucleare le “teorie del progetto” alla base della politica studiata, attraverso una revisione della normativa e dei documenti di programmazione connessi
- descrivere nei suoi tratti essenziali, il meccanismo e gli *step* di attuazione:
 - le infrastrutture istituzionali costituite
 - le infrastrutture organizzative e relazionali prodotte a livello locale
 - i principali outcome prodotti finora in relazione alla continuità assistenziale socio-sanitaria nel percorso di dimissione a domicilio dell'anziano fragile.

A questo scopo, sono stati realizzati:

- una Analisi documentale di:
 - normativa nazionale e regionale (Cfr. Appendice normativa)
 - documenti di programmazione nazionali (PSN 2006-2008), regionali, e locali (di livello intermedio e distrettuale)
- 20 interviste semistrutturate (cfr. infra lo schema) a testimoni-chiave sull'attuazione delle politiche a livello distrettuale: Direttori di distretto; Responsabili e Funzionari dell'Ufficio di Supporto della CTSS di Bologna; Responsabili e Funzionari degli Uffici di Piano di zona distrettuali; Direttori delle Attività socio-sanitarie di livello aziendale e distrettuale; esponenti dei Comitati Consultivi Misti aziendale e distrettuali;
- 2 focus group sull'implementazione dei Piani di zona per il benessere e la salute previsti dal Piano Sociale e Sanitario Regionale 2008-2011, in collaborazione con IRESS Emilia-Romagna.

Schema delle interviste

- come è stata costruita l'infrastruttura dell'integrazione socio-sanitaria nel vostro distretto? In particolare, come è stato costruito il percorso per le dimissioni protette socio-sanitarie?
- che ruolo ha avuto la Sua struttura di riferimento, e quali forme di collaborazione (a livello istituzionale / di programmazione / professionale) hanno reso possibile l'attuazione del progetto?
 - in particolare, come ha funzionato la struttura di relazioni fra CTSS, Staff delle politiche sociali e sanitarie, Comitato di Distretto, Direzione Aziendale, Direzione Distrettuale, Direzione Attività sociali e sanitarie, e Ufficio di Piano in questa costruzione?
 - quali sono stati, oltre a questi, i principali attori istituzionali e non, rilevanti per la definizione del progetto? Ad es.: ASP, ASC, partecipanti ai tavoli dei PdZ, III Settore, Associazioni, Caregivers ...?)
 - attraverso quali strutture di partecipazione? Ad es. collaborazione istituzionale, Tavoli dei Piani di Zona, OST, altre forme di consultazione o partecipazione dei cittadini organizzati o singoli ...
 - in che forme hanno partecipato alla definizione del progetto? Ad es.: hanno espresso opinioni, fornito elementi utili alla definizione del progetto, collaborato attivamente alla progettazione? collaborato all'attuazione? fornito feedback per la ri-progettazione o l'aggiornamento?
- in generale, ci sono elementi di contesto e peculiarità del territorio che hanno favorito / sfavorito l'attuazione del progetto?
- Quali sono i principali risultati?
- In generale: cosa ha funzionato? quali sono stati i maggiori ostacoli? cosa si potrebbe migliorare?

3 Risultati

Il percorso degli interventi complessi, come si è ricordato sopra, è fatto di lunghe catene non lineari di implementazione, che possono essere concettualmente distinte in diversi step, possono essere processi ricorsivi, e a ogni step possono riuscire o fallire, ma sicuramente realizzano qualcosa di singolare e legato al contesto.

La costruzione del sistema della *governance* emiliano-romagnola è un buon esempio della complessità di questi percorsi. Essa è avvenuta, infatti, attraverso una serie di atti normativi e di esperimenti istituzionali che copre ormai un ventennio, considerato che si può collocare la "posa della prima pietra" con la promulgazione della Legge regionale 19 del 1994, "Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517". In questa legge, infatti, già si delineavano i tratti fondamentali dell'infrastruttura della *governance*: il ruolo dei Distretti e le indicazioni sull'integrazione sociale e sanitaria; l'istituzione di una Conferenza Sanitaria (poi, con LR. 2/03, Conferenza territoriale sociale e sanitaria) con competenze e poteri molto più ampi di quelli della "Conferenza dei Sindaci" prevista dal D.Lgs 502/92 (art. 2, comma 2 bis); la prima individuazione di forme di "partecipazione e consultazione dei cittadini e delle loro libere associazioni, ed in particolare delle organizzazioni del volontariato e di quelle per la tutela dei diritti dei cittadini", e la promozione di Comitati Consultivi degli utenti presso le Aziende sanitarie.

Ai fini di questo lavoro, pertanto, è stato necessario circoscrivere l'analisi:

- alla fase più recente avviata con la costituzione del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (2007) e l'approvazione del primo Piano *Sociale* e Sanitario Regionale 2008-2011 (attualmente in fase di proroga).
- agli elementi più significativi del percorso di costruzione e attivazione del sistema della *governance*, individuati sulla base delle interviste e dell'analisi dei documenti di programmazione:

- la costruzione delle infrastrutture della governance a livello regionale, intermedio e distrettuale
- l'avvio e la programmazione del FRNA
- l'avvio e la programmazione del sistema dell'accreditamento
- i principali outcome prodotti finora in relazione alla continuità assistenziale socio-sanitaria nel percorso di dimissione a domicilio dell'anziano fragile: il sistema informativo socio-sanitario GARSIA, le linee guida per l'UVM, i percorsi "dimissioni protette" realizzati in un distretto campione.

La teoria del progetto: la Governance del socio-sanitario in Emilia-Romagna

Gli studi che usano l'approccio della *governance* per l'analisi delle modalità di programmazione, regolazione e controllo del sistema sanitario nel nostro Paese sono abbastanza numerosi, ma la Regione Emilia-Romagna è l'unica a dichiarare la *governance* come elemento costitutivo di un sistema che non vuol essere solo sanitario, ma costitutivamente socio-sanitario si dal più alto livello politico e normativo. Integrazione socio-sanitaria, governance, Progetti Assistenziali Integrati "tutto attorno al cittadino" per eliminare le soluzioni di continuità, e partecipazione degli *stakeholder* (società civile, III settore, privato no-profit e for profit) costituiscono i cardini di questo sistema: la pianificazione regionale, si afferma in apertura del Piano Sanitario e Sociale Regionale 2008-11, implica un'idea di welfare di comunità basato su "una piena assunzione di responsabilità" in capo al pubblico, relativamente alle funzioni in campo sociale e sanitario, ma "nella consapevolezza che tale responsabilità "non si esercita attraverso una centralizzazione decisionale e gestionale", ma "attraverso la capacità di svolgere compiti di regia e di garanzia, prestando attenzione alla costituzione di prospettive strategiche condivise con le formazioni della società civile che accettano di svolgere funzioni pubbliche" (PSSR 2008-2011).

L'accezione del concetto di *governance* a cui fa riferimento questo sistema, però, è tutt'altro che univoca, come tutt'altro che univoco è, di per sé, il concetto stesso. L'ampiezza e la molteplicità dei suoi significati si compendia forse nel modo migliore nella citazione con cui, nel *Dossier*

dell'Agenzia sociale e sanitaria dell'Emilia Romagna dedicato alla *"Governance del sistema sociale e sanitario in Emilia Romagna."* Maurizio Campedelli avvia il discorso sulle motivazioni che hanno portato la Regione a organizzare le proprie strutture decisionali e programmatorie secondo questo modello:

“Government is no longer an appropriate definition of the way in which populations and territories are organised and administered. In a world where the participation of business and civil society is increasingly the norm, the term “governance” better defines the process by which we collectively solve our problems and meet our society’s needs, while government is rather the instrument we use.” (OECD 2000)

Come nota Rhodes, (Rhodes, 1996), in effetti, il termine copre in realtà una molteplicità di significati, in diversi ambiti: dalle discussioni sulla riduzione dell'ambito di intervento dello Stato e sullo "Stato minimo", a quelle sul *New Public Management* e il riconoscimento e la collaborazione con *stakeholders* esterni allo Stato per l'esplicazione di funzioni un tempo attribuite ad esso in via esclusiva, o sull'introduzione di principi di sussidiarietà e decentramento nell'organizzazione di queste funzioni. Oppure, dalle analisi della *corporate governance*, intesa come insieme di "regole del gioco", principi, istituzioni, meccanismi in cui si articola il governo di un'azienda, o come l'insieme delle modalità attraverso le quali si sviluppano le più importanti decisioni dell'impresa, fino alle riflessioni sui social-cybernetic systems e alle reti auto-organizzate.

Comune a tutti i significati è l'accento sulle logiche di rete e sulla connessione e partecipazione di attori diversi, ma l'emergere di questa tematica nell'analisi dei processi decisionali pubblici è correlato a due prospettive che devono essere distinte: la presa d'atto del **policentrismo** dei poteri che caratterizza lo Stato contemporaneo, correlata ai principi di integrazione, sussidiarietà, e decentramento, da un lato, e dall'altro l'enfasi sul valore della **partecipazione**, sull'importanza del capitale sociale per il benessere del territorio, e sull'importanza delle risorse della società civile ai fini dello sviluppo di collaborazione, consenso e capitale sociale (sussidiarietà orizzontale, .co-production).

- Nella prospettiva del **policentrismo**, la *governance* può essere ricondotta alla ricerca di forme di gestione della cosa pubblica che siano adeguate alla fase di esaurimento del modello di organizzazione noto come "burocrazia weberiana", fondato

sull'integrazione gerarchica e verticale di funzioni separate in "silos" di responsabilità e competenze (l'ambiente, la scuola, il lavoro, la salute ...) (Hood, 1991), ma che tuttavia non si affidino semplicemente, in alternativa all'integrazione verticale, alle forme di coordinamento fondate sulla concorrenza e il libero mercato, come accadde nei primi tentativi di risposta dati dal New Public Management. In questo quadro, la *governance* rappresenta la presa d'atto del rimescolamento dei confini fra Stato, mercato e società civile (Le Galès, 1998: "a re- examination of the interrelations between civil society, state and market and of the recomposition of these different spheres whose boundaries have become blurred ") il tentativo di riconoscere e organizzare la presenza sulla scena della molteplicità di attori che concorrono alla realizzazione delle politiche, e quindi di una realtà dei processi decisionali e dell'agire pubblico fatta di negoziazioni e collaborazioni, in una prospettiva policentrica (Bobbio, 2003). Questo punto di vista è quello assunto per esempio da Francesco Longo: che afferma "La governance possiede, o meglio deve possedere, "la capacità di mettere a sistema gli istituti detentori delle prerogative di governo delle leve che influenzano le variabili socio-economiche rilevanti per la tutela pubblica, indirizzandoli verso una visione comune e condivisa di interesse pubblico" (Longo, 2005).

- Nella prospettiva della **partecipazione**, il concetto *governance* fa riferimento soprattutto alla spinta a ricercare la condivisione e la collaborazione dei cittadini come risposta alla crisi di fiducia e di legittimazione dello Stato e delle sue ramificazioni, espressa sia dalle correnti che si concentrano sulla nozione di "co-production" (Alford, 1998), ossia la constatazione che per qualsiasi tipo di servizio, semplice o complesso che sia, nella maggioranza dei casi i "clienti" contribuiscono a determinarne il funzionamento, e puntano a valorizzare questo ruolo dei clienti in vista del miglioramento, dell'innovazione e della rilegittimazione dei servizi pubblici (Fledderus, 2012), sia dalle correnti che si concentrano sulla democrazia e sulla partecipazione dei cittadini in quanto depositari di conoscenze, risorse e possibilità di collaborazione indispensabili all'attuazione delle politiche (Bobbio, 2007).

La caratteristica comune a queste diverse concezioni è di considerarla un modello decisionale e gestionale adeguato alle situazioni in cui la realizzazione di una politica o di un intervento non può essere affidata a un'unica catena di comando gerarchico, o perché i soggetti che concorrono ad attuarla non sono gerarchicamente ordinati, ma pari o quasi-pari nei rispettivi ambiti di

competenza (come accade per esempio per le relazioni fra i diversi Ordini dello Stato - Stato, Regioni, Enti Locali) - o perché intenzionalmente si riconosce e si ricerca la collaborazione e la condivisione di risorse e conoscenze di un pubblico più vasto di attori della società civile.

Nella normativa, nei documenti di programmazione, e nella "letteratura grigia" prodotta dalla Regione Emilia-Romagna sull'argomento, entrambe le logiche descritte sopra sono rappresentate, senza una chiara distinzione. Nelle parole di Raffaele Tomba (Direttore dell'Agenzia Sociale e Sanitaria dell'Emilia Romagna all'epoca dell'elaborazione e della prima attuazione del PSSR), ad esempio, la governance "è una modalità di prendere le decisioni con il coinvolgimento delle parti interessate" che ha le seguenti caratteristiche:

- Coinvolgimento della rete pubblico-privata e non solo delle istituzioni,
- Utilizzo di accordi al posto di leggi o direttive, di organismi al posto di organi
- Ricerca del più ampio consenso, al posto della maggioranza,
- Processi decisionali a diversi livelli territoriali e non solo dall'alto al basso,
- Collaborazione in luogo di autorità" (Tomba, 2009).

Nella prassi concreta e nell'architettura istituzionale che si è andata delineando (e che descriveremo sotto), tuttavia, le realizzazioni della *governance* attengono soprattutto alla prima prospettiva indicata, l'armonizzazione e il coordinamento dei diversi attori implicati nel welfare, e massimamente fra i pari (o quasi-pari) che giocano ruoli equivalenti nei due diversi ambiti del sociale e del sanitario. Sotto questo aspetto, in letteratura si sottolinea la coerenza fra la natura complessa del sistema di welfare emergente e le caratteristiche della *governance* (Le Galès, P., 1998 e Bertin, G., 2013): i cambiamenti in atto nel sistema, che sempre più si fa aperto e costituito da organizzazioni di diversa natura (pubbliche, profit e nonprofit) che lavorano in rete, hanno messo in crisi i processi e gli strumenti tradizionalmente utilizzati per governare, e richiedono l'invenzione di nuove logiche, processi, strumenti capaci di orientare il comportamento dei singoli attori verso una idea condivisa di bene pubblico, coordinarli, portare fin dove possibile a un indirizzo comune e sintetico la molteplicità degli obiettivi.

Così, la costruzione del sistema si è indirizzata nella prassi soprattutto verso il disegno di un sistema di relazioni e processi decisionali che mettano in connessione sociale e sanitario, sia attraverso l'architettura dei livelli di governo del socio-sanitario, che attraverso e l'avvio di un Fondo Regionale per La Non Autosufficienza. Ne emerge una struttura di *governance* tutta

centrata sulle relazioni istituzionali fra i diversi livelli di governo regionale e locale, e fra sociale e sanitario e nella quale i principi forti sono:

- il ruolo di committenza e garanzia del pubblico, e la conseguente separazione delle funzioni pubbliche di governo (programmazione, regolazione e verifica dei risultati) da quelle di produzione dei servizi e delle prestazioni
- Centralità degli Enti Locali e della Regione nella programmazione, regolazione e realizzazione dei servizi sociali, sanitari e socio sanitari
- Distretto quale ambito ottimale per l'esercizio del governo e per l'organizzazione associata delle relative funzioni amministrative

Mentre gli sforzi per la programmazione partecipata e concertata e la valorizzazione dei soggetti privati e del terzo settore - in sintesi, l'integrazione che il PSSR definisce "comunitaria" - vengono demandati alla regolamentazione locale, oppure a gruppi di lavoro regionali meno formali, e il coinvolgimento dei pazienti e dei caregiver nella definizione dei Piani Assistenziali Individuali, previsto nel PSSR, è in corso di regolamentazione con un disegno di legge regionale, lo sforzo normativo, programmatico di incentivazione compiuto in questi anni per raggiungere gli altri tre obiettivi di integrazione (istituzionale, professionale e gestionale) fra sociale e sanitario posti nel PSSR (massimamente per gli obiettivi di integrazione istituzionale) è stato particolarmente , e si è espresso in primo luogo in un accurato disegno dell'architettura istituzionale per la condivisione delle politiche ai diversi livelli regionale, provinciale e distrettuale, e nell'istituzione di un Fondo Regionale per la Non Autosufficienza regolato in modo da obbligare alla collaborazione il sociale e il sanitario, e da favorire l'integrazione: sono questi i primi *step* di attuazione del sistema della *governance* che dobbiamo esaminare.

L'integrazione istituzionale: l'infrastruttura della *governance*

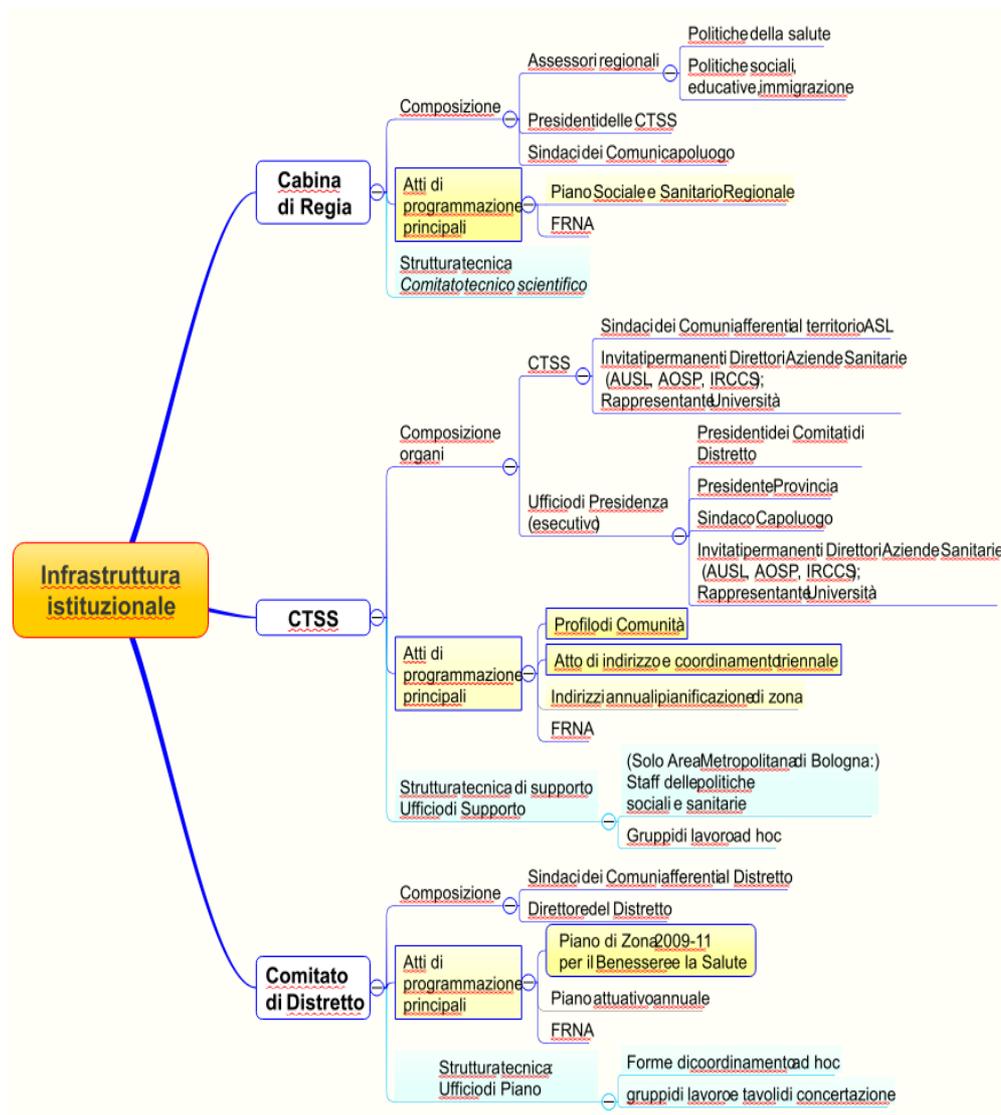
La *governance*, per funzionare come metodo capace di produrre risultati effettivi, non comporta una riduzione dell'attività di governo, ma al contrario ha assoluto bisogno di essere governata attraverso una forte azione di coordinamento. Per questa ragione, i prodotti della *governance*, nella misura in cui sono costituiti principalmente di strutture di relazioni e collaborazioni in rete, percorsi, procedure e modalità operative condivise, sono anche le risorse di cui si alimenta, e la sua efficacia si misura nell'incremento di tali risorse che l'esercizio della *governance* riesce a ottenere (Campedelli, 2010).

Il primo passo per analizzare il modello di *governance* realizzato in Emilia-Romagna deve essere, di conseguenza, la descrizione dell'architettura istituzionale messa in piedi per sostenerlo (cfr. Figura 4: l'infrastruttura istituzionale).

Centrale, in questa infrastruttura, è la individuazione di tre diversi livelli, regionale, intermedio (o provinciale) e distrettuale, ciascuno con una propria struttura e compiti specifici:

- - un livello *regionale*, sede delle funzioni di definizione delle politiche, delle strategie e degli obiettivi generali; con funzioni di programmazione di livello macro territoriale, e di indirizzo e regolazione del sistema di *welfare* regionale, e in particolare dei servizi sanitari, sociali e socio-sanitari.

- un livello *provinciale*, basato sulle *Conferenze territoriali sociali e sanitarie*, luogo di programmazione e di coordinamento di livello intermedio nell'ambito delle politiche sanitarie, sociali e socio-sanitarie, con funzioni di raccordo fra livello distrettuale e livello regionale e di omogeneizzazione e garanzia di equità nell'accesso e nei livelli di servizio per i cittadini dei diversi territori distrettuali, funzioni che si esplicano anche in



forme di collaborazione con l'Azienda USL per il coordinamento e la consultazione dei professionisti a livello provinciale come quella che ha dato luogo alla definizione delle nuove *Linee guida per l'Unità di Valutazione Multidimensionale* approvate nel 2013 dalla CTSS di Bologna.- un livello *distrettuale* individuato come il cuore del sistema, sede ottimale dell'integrazione istituzionale, professionale e gestionale delle attività, e

luogo dell'esercizio associato fra Comuni e Direzione distrettuale delle funzioni di governo e di committenza integrate socio-sanitarie.

Il livello Regionale

Al livello regionale, accanto all'Assemblea legislativa regionale e alla Giunta regionale, è stato istituito un Consiglio delle Autonomie Locali come organismo di rappresentanza, consultazione e coordinamento tra Regione ed Autonomie Locali. Questo organismo partecipa ai processi decisionali regionali con poteri propositivi e consultivi riguardanti, in tutti i settori (e non solo il sociale e il sanitario) i piani e programmi che riguardano gli enti locali, sistema tributario e finanziario, legge regionale di bilancio e conferimento di funzioni agli Enti Locali.

Accanto a questo, e come organismo specifico della *governance* del sociosanitario, è stata istituita nel dicembre 2005 la Cabina di Regia Regionale, sulla base di un Accordo Regione – Autonomie locali (Delibera di Giunta Regionale 2187/2005). Essa è il primo livello di confronto, coordinamento ed integrazione tra la Regione e il sistema delle Autonomie locali, in materia di politiche sanitarie e sociali sulle politiche sociali e sanitarie (che affianca, in quest'ambito, il Consiglio delle Autonomie Locali). E' la sede in cui vengono esaminati e condivisi tutti i principali atti normativi e di programmazione, svolge attività di impulso, di proposta, di valutazione e di supporto all'attività istruttoria preliminare e propedeutica alla formazione delle decisioni e agli atti normativi regionali, e in particolare, rispetto al sistema della programmazione, a quelli riguardanti la Pianificazione sociale e sanitaria regionale e il Fondo Regionale della Non Autosufficienza. Può predisporre protocolli, aventi ad oggetto la regolamentazione comune dell'organizzazione di servizi ed interventi nel settore ed esprime pareri sulla coerenza degli interventi e dei servizi locali con tali protocolli



E' composta dagli Assessori regionali alle politiche per la salute e alla promozione delle politiche sociali e di quelle educative, dai Presidenti delle Conferenze territoriali sociali e sanitarie o loro delegati e dai Sindaci dei Comuni capoluogo delle Province o loro delegati.

E' affiancata da un organismo tecnico, il "Comitato tecnico scientifico", composto dai Coordinatori di Area vasta delle Aziende Sanitarie e da dirigenti regionali e delle Autonomie locali, che svolge per la Cabina di regia una funzione consultiva, di proposta e di supporto, predisponendo documenti, studi e relazioni a supporto delle decisioni e attivando, se è il caso, specifici gruppi di lavoro. Ne fanno parte: Direttore Generale Sanità e politiche sociali della Regione; Direttore dell' Agenzia sanitaria regionale o suo delegato; 5 Responsabili dei Servizi della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali della Regione individuati con apposito atto del Direttore Generale; 11 esperti in materia di politiche sanitarie e sociali, designati dalla Cabina di Regia, anche al fine di assicurare la rappresentanza territoriale; i tre coordinatori dei Comitati dei Direttori generali delle Aziende Sanitarie operanti in ambito di Aree vaste o loro delegati.

Il livello intermedio

La Conferenza sanitaria viene istituita dalla Regione Emilia-Romagna con la legge 19/94, ampliando la gamma dei poteri e delle competenze attribuiti alla Conferenza dei Sindaci dal DLgs 1992/502, art. 3 c.14: ("Nelle unità sanitarie locali il cui ambito territoriale coincide con quello del comune, il sindaco, al fine di corrispondere alle esigenze sanitarie della popolazione, provvede alla definizione, nell'ambito della programmazione regionale, delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica dell'attività, esamina il bilancio pluriennale di previsione ed il bilancio di esercizio e rimette alla regione le relative osservazioni, verifica l'andamento

generale dell'attività e contribuisce alla definizione dei piani programmatici trasmettendo le proprie valutazioni e proposte al direttore generale ed alla regione.”): oltre a questo, infatti, la CTSS

- a) partecipa alle funzioni di programmazione locale e regionale e, secondo modalità disciplinate dal Piano sanitario regionale, al processo di elaborazione e di approvazione dei piani attuativi locali ed esprime parere sui piani annuali di attività;
- b) esercita le funzioni di indirizzo e verifica periodica dell'attività delle Aziende sanitarie presenti nell'ambito territoriale di riferimento, anche formulando proprie valutazioni e proposte e trasmettendole al Direttore generale ed alla Regione. A tal fine viene dotata di strumenti informativi ed operativi idonei ad espletare i compiti e le funzioni di propria competenza;
- c) esprime parere obbligatorio sul Piano programmatico delle Aziende sanitarie, di cui all'art. 5 della L.R. 20 dicembre 1994, n. 50 e sui relativi aggiornamenti annuali;
- d) esprime parere obbligatorio sul bilancio pluriennale di previsione, sul bilancio economico preventivo e sul bilancio d'esercizio, trasmettendo alla Regione eventuali osservazioni ai fini del controllo esercitato dalla Giunta regionale a norma del comma 8 dell'art. 4 della L. 30 dicembre 1991, n. 412;
- e) promuove e coordina la stipula degli accordi in materia di integrazione socio-sanitaria previsti dai Piani di zona, tenuto conto delle indicazioni del Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali, assicurando l'integrazione e la coerenza con i Piani per la salute previsti dal Piano sanitario regionale;
- f) formula parere obbligatorio sugli accordi tra Aziende sanitarie e Università, attuativi dei protocolli di intesa tra Regione e Università;
- g) partecipa alla valutazione della funzionalità dei servizi e della loro razionale distribuzione territoriale, utilizzando indicatori omogenei di attività e di risultato definiti dalla Regione ed eventualmente integrati dalle Aziende" (LR 19/94 art. 11).

L'istituzione della Conferenza sanitaria rispondeva, per la Regione, all'esigenza di arginare le pesanti conseguenze sull'integrazione socio-sanitaria del processo di aziendalizzazione, che aveva distaccato i Sindaci dal governo della sanità proprio nel momento in cui essi assumevano la piena titolarità delle funzioni sociali (Geddes e Maciocco, 1999). Questa funzione di

ricomposizione fra sanitario e sociale, almeno a livello di programmazione, viene riaffermata con la Legge regionale 2/03, che trasforma la Conferenza sanitaria in Conferenza territoriale sociale e sanitaria, e compiutamente delineata con il PSSR del 2008, che assegna alla CTSS competenze consultive, propulsive (in particolare rispetto alla stipula degli accordi in materia di integrazione sociosanitaria), di verifica e controllo, e individua la CTSS come strumento condiviso, tra la Regione e gli Enti locali, per assicurare il governo integrato del sistema a livello territoriale e, in particolare :

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

La CTSS svolge queste funzioni l'Atto di indirizzo e coordinamento triennale, ed elaborando, nella fase di avvio della programmazione , un Profilo di Comunità contenente i dati, gli studi e gli elementi di analisi necessari alla programmazione locale, ripartendo il FRNA (cfr. infra), ed emanando indirizzi e regolamenti condivisi con i Distretti e validi per il territorio di sua competenza.

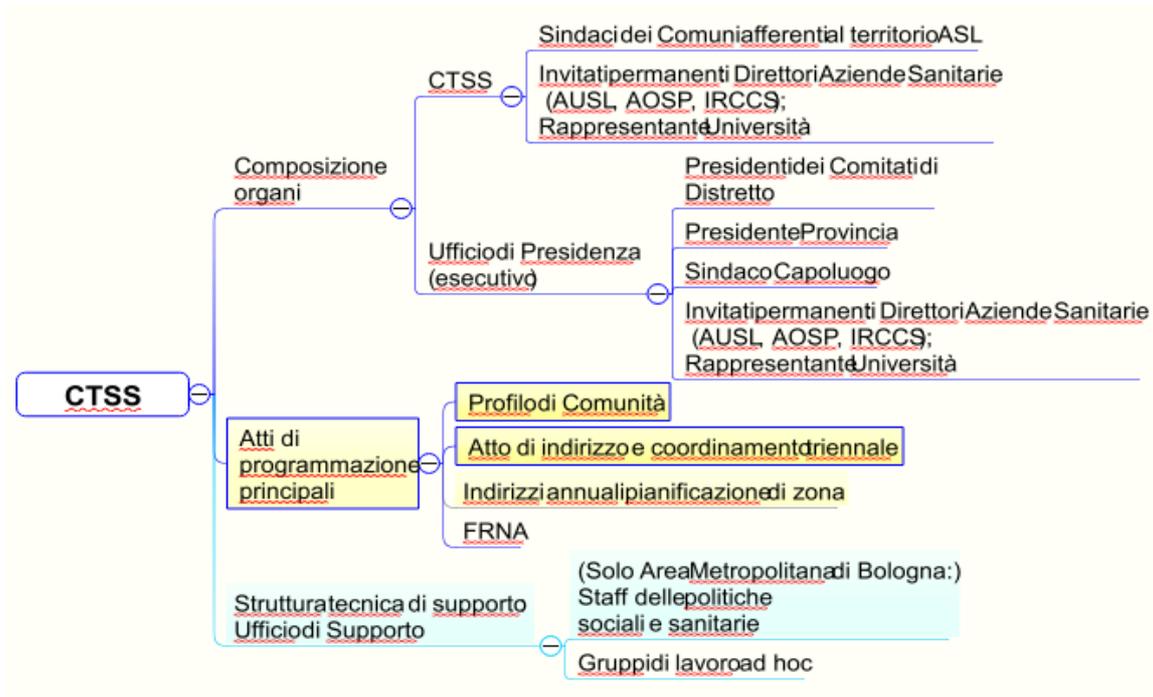
Nella Delibera di Giunta 24 del 2010, infine, queste funzioni sono ulteriormente dettagliate individuando una specifica Funzione di coordinamento e di indirizzo sovradistrettuale (art. 13) e invitando le CTSS a definire nel proprio regolamento Modalità e strumenti per le relazioni con le organizzazioni sindacali e Modalità e strumenti di partecipazione da parte delle rappresentanze delle organizzazioni del terzo settore e dei cittadini (artt. 16 e 17).

La CTSS è composta dai Sindaci dei Comuni ricompresi nell'ambito territoriale di ciascuna AUSL, o loro delegati, dal Presidente della Provincia, o suo delegato; nelle Province in cui sia presente la sede universitaria, partecipa il Rettore, limitatamente alle materie di suo interesse. I Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali e Ospedaliere e degli IRCCS sono invitati permanenti senza diritto di voto. I Presidenti dei Comitati di distretto, il Sindaco del Capoluogo e il Presidente della Provincia ne formano l'esecutivo, denominato Ufficio di presidenza.

La CTSS dispone di un Ufficio di supporto che, analogamente al Comitato tecnico scientifico svolge nei confronti della CTSS una funzione consultiva, di proposta e di supporto,

predisponendo documenti, studi e relazioni a supporto delle decisioni e attivando, se è il caso, specifici gruppi di lavoro. In particolare, fanno parte delle funzioni dell'Ufficio di supporto

- il coordinamento permanente e il supporto tecnico rispetto ai Nuovi Uffici di piano riguardo alle tematiche sanitarie, sociali e socio-sanitarie



- l'integrazione tecnica con l'Azienda USL rispetto alla programmazione sanitaria e socio-sanitaria.

La CTSS di Bologna ha scelto nel 2008 di ampliare questo ufficio di supporto affiancandolo con un organismo di coordinamento e di confronto denominato nato allargando a professionisti di ambito sanitario il preesistente "Tavolo tecnico dei Piani di zona" che riuniva i Responsabili degli uffici di piano: lo "Staff delle politiche sociali e sanitarie", nel quale si integrano le competenze tecniche della Provincia, dei Comuni e dell'Azienda USL, al fine di assicurare:

- il raccordo nell'istruttoria e negli approfondimenti tecnici delle tematiche di ambito sociale e sociosanitario, anche ai fini delle attività di pianificazione, verifica e valutazione degli interventi sociali e socio-sanitari;
- il supporto informativo, il monitoraggio e l'istruttoria ai fini dell'attività di indirizzo della CTSS

- il supporto alle iniziative di comunicazione e partecipazione

Dello "Staff" fanno parte i Responsabili degli Uffici di piano (cfr. infra), i Direttori di distretto, i Direttori delle Attività socio-sanitarie aziendali e distrettuali, e un referente delle Direzioni dei Dipartimenti di Cure primarie, Salute mentale e Sanità pubblica. Secondo quanto emerso dalle interviste, questa struttura svolge un importantissima funzione di raccordo e di confronto tecnico, grazie a cui riesce a promuovere omogeneità ed equità di accesso e presa in carico per tutti i cittadini dei diversi distretti, e a realizzare iniziative comuni di cui sono esempio il sistema informativo socio-sanitario "GARSIA", il progetto "e-Care anziani fragili", la predisposizione di Linee di indirizzo come quelle, recenti, sull'Unità di valutazione multidimensionale, e il coordinamento dei servizi per l'Adattamento dell'ambiente domestico, e, infine, l'elaborazione di una modello omogeneo a livello metropolitano di "Convenzione tra Comuni e Azienda USL per il governo congiunto delle politiche e degli interventi sociosanitari, per il funzionamento dell'Ufficio di Piano e per la gestione del FRNA"

Il livello distrettuale: il Comitato di distretto e l'Ufficio di Piano

Il Distretto (coincidente, ai sensi della Legge 328/00, con la Zona sociale), costituisce l'ambito ottimale per la risposta integrata ai bisogni sociali e sanitari. Dal punto di vista sanitario, esso rappresenta l'articolazione territoriale e organizzativa più vicina alla popolazione, e la normativa le attribuisce lo specifico compito di "assicurare alla popolazione di riferimento l'accesso ai servizi e alle prestazioni sanitarie e sociali ad elevata integrazione sanitaria, sia attraverso la valutazione dei bisogni e la definizione dei servizi necessari che mediante l'erogazione di prestazioni e servizi di primo livello o di base, secondo le modalità definite dal programma delle attività territoriali" (LR 19/94). Dal punto di vista sociale, invece, esso è il livello territoriale ("zona") ottimale per la costruzione e lo sviluppo del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali previsto dalla Legge Turco.

Il sistema della *governance* della Regione Emilia-Romagna riconosce a questo livello la competenza sulle funzioni di programmazione, regolazione e committenza nell'ambito dei servizi sociali, sanitari e socio-sanitari. Queste funzioni si esplicano principalmente attraverso gli strumenti del Piano di zona distrettuale per la salute e il benessere sociale (che integra i Piani di Zona previsti dalla Legge Turco, 328/00 e i Piani per la Salute sperimentati in Emilia-

Romagna nella programmazione 2004-2008), e i relativi Programmi attuativi annuali, che comprendono al proprio interno il Piano delle attività per la Non Autosufficienza.



Figura 5: Struttura di governance a livello distrettuale

L'organismo di riferimento politico e istituzionale a livello distrettuale è il Comitato di Distretto, istituito insieme alla C(TS)S con la legge 19 del 1994. Integrato con il Direttore di Distretto, esso è l'organismo di governo e programmazione delle politiche sociali e socio-sanitarie a livello locale. I principali atti di sua competenza sono l'approvazione del Piano di Zona triennale per la salute e il benessere sociale, che definisce il sistema dei servizi sociali (ai sensi della Legge 328/00) e sanitari (ai sensi della Legge regionale 2/03) e dei relativi Piani Attuativi Annuali. Esso inoltre esprime parere sulla dislocazione dei servizi sanitari e la loro organizzazione, e verifica e monitora la programmazione distrettuale, indicando eventuali modifiche sulla base dei bisogni rilevati nella popolazione. Il PSSR, infine, ne fa il luogo privilegiato dove realizzare:

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

Per lo svolgimento di queste funzioni, nella costruzione dell'infrastruttura della governance distrettuale viene dato molto peso, accanto alla funzione di governo svolta dal CdD, alla funzione tecnico-amministrativa e di supporto gestionale, relativa alla definizione della programmazione ed alla sua attuazione svolta dall'**Ufficio di piano**, che nel sistema della *governance* svolge un ruolo cardine a presidio di tutte le forme di integrazione previste dal PSSR: *istituzionale*, con il lavoro di raccordo fra Comuni e Distretto e fra questi e il livello territoriale più vasto; *professionale*, con la realizzazione di gruppi di lavoro interprofessionali e intersettoriali per la definizione di percorsi e modalità organizzative integrate, *gestionale*, con la funzione di raccordo fra la Direzione distrettuale per le attività socio-sanitarie e con gli Enti gestori dei servizi sociali, e, infine, *comunitaria*, con il coordinamento dei tavoli di confronto con le OO.SS. e il III Settore e con la promozione, il coordinamento e il supporto dato alle iniziative di partecipazione dei cittadini.

Per il PSSR, l'ufficio di Piano ha il compito di realizzare:

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

- alla promozione e supporto ad azioni di integrazione e coordinamento organizzativo e professionale relativamente ai servizi sociali e sanitari.
- al presidio e alla promozione dell'integrazione della progettualità e degli interventi sociali e sociosanitari con le altre politiche (es.: funzione di raccordo per inserimento lavorativo disabili e fasce deboli, figura di sistema nell'area minori, .);
- al raccordo e all'utilizzo delle rilevazioni sulla domanda e sull'offerta, anche con riferimento all'attività degli sportelli sociali;
- alla definizione e gestione di percorsi di formazione comuni tra i servizi della zona;
- al monitoraggio dell'andamento del benessere e della salute, con riferimento alle determinanti ed agli indicatori presi in considerazione nella programmazione;

Nella Provincia di Bologna, il funzionamento degli Uffici di piano è disciplinato da una convenzione fra Comuni e AUSL omogenea in tutti i distretti, la "Convenzione tra Comuni e Azienda USL per il governo congiunto delle politiche e degli interventi sociosanitari, per il funzionamento dell'Ufficio di Piano e per la gestione del FRNA", elaborata e concordata, come detto sopra, in sede di Staff delle politiche sociali e sanitarie (Cfr. figura 6: struttura dell'Ufficio di Piano del Distretto di Pianura Est, Provincia di Bologna).

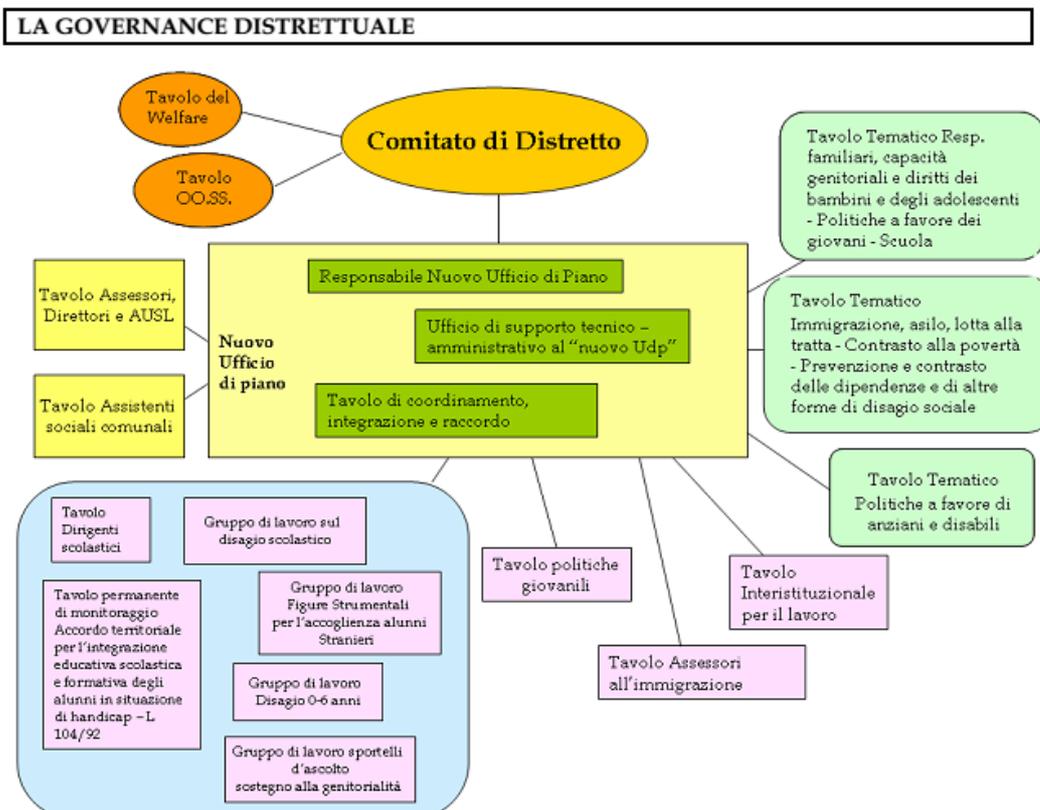
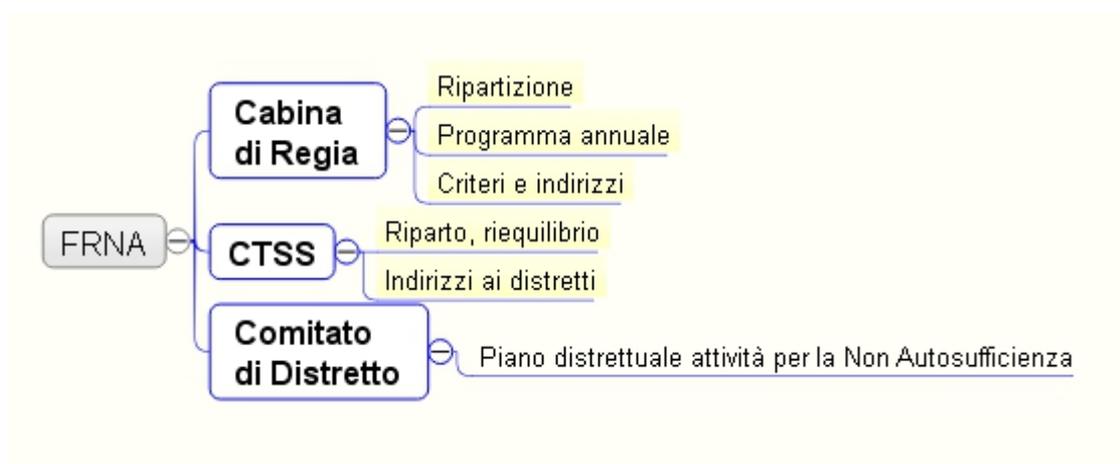


Figura 6: L'articolazione della governance del Distretto di Pianura EST (Fonte: Piano di Zona per la salute e il benessere sociale di Pianura Est, Programma attuativo2012).

Il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza

La sperimentazione del Fondo regionale per la non autosufficienza (FRNA), l'introduzione del sistema di accreditamento dei servizi socio-sanitari e sociali, la costituzione delle Aziende pubbliche di servizi alla persona (ASP) hanno rappresentato per la Regione Emilia-Romagna i principali laboratori per lo sviluppo della *governance* e dell'integrazione socio-sanitaria.

In particolare, l'avvio del FRNA, costituito con la Legge regionale 27/04 e concretamente avviato nel 2007 (DDGR 509/07 e 1206/07), ha rappresentato il primo banco di prova della struttura della *governance* istituzionale appena descritta, e ha imposto al sistema di welfare della Regione Emilia-Romagna una vera rivoluzione copernicana, costringendo, con la sua struttura, il sistema sanitario e il sistema sociale a un nuovo metodo collaborativo di lavoro che si è successivamente allargato anche alle attività di programmazione e gestione non direttamente connesse al Fondo. Nel dare l'avvio al FRNA, infatti, la Regione Emilia-Romagna scelse di collocarlo all'interno del budget dell'Azienda USL, ma in una gestione separata la cui programmazione è competenza esclusiva del Comitato di distretto. Questo definisce e approva annualmente un Piano distrettuale per la Non Autosufficienza in collaborazione con il Direttore di Distretto, mentre alla CTSS spetta concordare annualmente il riparto del FRNA sulla base di un criterio di riequilibrio e di equità fra i vari distretti, e di emanare propri indirizzi di coordinamento sulla base di quelli espressi dal livello regionale.



Il fondo è destinato a riempire il *gap* di risorse e di assistenza determinatosi con l'aziendalizzazione e la conseguente separazione delle competenze e dei poteri fra Sistema sanitario nazionale e Assistenza sociale (Taroni, 2007; Geddes e Maciocco, 1999). In partenza fu indirizzato specificamente dalla Regione all'assistenza socio-sanitaria degli Anziani non autosufficienti, e successivamente a quella dei disabili (DGR 1230/08). In particolare, gli indirizzi regionali per il suo utilizzo coprono le aree:

- del sostegno a domicilio
- della qualificazione e integrazione nel sistema di cura e assistenza delle Assistenti familiari
- dello sviluppo di programmi di sostegno delle reti sociali per l'individuazione e la prevenzione delle situazioni di fragilità
- dell'adattamento domestico
- dell'assistenza residenziale per le persone con gravissime disabilità acquisite.

L'integrazione all'opera: il sistema informativo socio-sanitario integrato GARSIA

Garsia è un sistema informativo gestionale che integra alla fonte le informazioni per la presa in carico sociale e sanitaria. L'idea di realizzare un simile sistema ricevette il suo primo impulso nel 1997, dalla Conferenza sanitaria dell'AUSL Bologna Nord, per rispondere all'esigenza di governare la rete dei servizi socio-sanitari rivolti alla popolazione anziana non autosufficiente e di integrare il lavoro quotidiano dei professionisti coinvolti nel processo di presa in carico gestione e monitoraggio degli interventi rivolti alla popolazione anziana non autosufficiente.

Con l'avvio da parte della Regione Emilia-Romagna della sperimentazione degli Sportelli Sociali, (DGR 2749/2003) e il loro consolidamento (DGR 432/2008), questo progetto pilota venne esteso a tutta la Provincia, e affidato al coordinamento dell'Ufficio di supporto della CTSS, con gli obiettivi di:

- assicurare la continuità e la coerenza dei percorsi di cura che attraversano i servizi sociali e sanitari, per mezzo della tempestività e la coerenza nel trasferimento delle informazioni da un punto all'altro della rete assistenziale

- realizzare l'integrazione socio-sanitaria attraverso l'individuazione, la sperimentazione e il consolidamento di modalità di relazione istituzionali e professionali tra i vari nodi del sistema di welfare.
- assicurare a tutti i cittadini dell'AUSL di Bologna semplificazione e appropriatezza dei percorsi e dei processi di presa in carico ed equità di trattamento nell'accesso, nella presa in carico e nella valutazione dei bisogni
- governare la rete dei servizi socio-sanitari e raccogliere dati per la programmazione

Questi obiettivi sono stati perseguiti attraverso la creazione di una cartella socio-sanitaria informatizzata secondo un modello concordato e condiviso con tutti i professionisti di area sanitaria e sociale coinvolti nel percorso, che integra le informazioni e gli strumenti di valutazione sanitari e sociali, e la definizione di strumenti di valutazione uniformi su tutto il territorio e di criteri unici e omogenei di gestione delle graduatorie e delle modalità di accesso ai servizi, e garantisce la connessione e la continuità fra l'opera dei diversi professionisti sanitari e sociali coinvolti nella presa in carico del paziente grazie al sistema di relazioni garantito dal software GARSIA sviluppato da Softech in stretta collaborazione con i professionisti e con i coordinatori del progetto, e continuamente aggiornato.

Una caratteristica importante di questo sistema è che, se riesce effettivamente a connettere e integrare il lavoro dei professionisti della sanità e del sociale, questo si deve innanzitutto al modo in cui è stato costruito, pienamente conforme sia allo spirito che alla lettera del sistema della *governance*: a rendere possibile la sua realizzazione uniforme su scala provinciale e la connessione fra ambito sociale e sanitario sono state l'*integrazione istituzionale* realizzata a livello di CTSS e l'*integrazione nella programmazione e nella progettazione degli interventi* realizzata dalle strutture dell'Ufficio di supporto e del coordinamento degli Uffici di piano e delle direzioni sanitarie assicurato dallo Staff delle politiche sociali e sanitarie, ma la sua efficacia nel coordinare effettivamente il lavoro dei professionisti del sociale e della salute dipende dal lavoro fatto al livello della *integrazione professionale* per costruirlo. Nelle parole di un intervistato,

"Per realizzare concretamente questa integrazione, eravamo alla ricerca di un sistema che ci consentisse di inscrivere direttamente nel lavoro quotidiano degli attori istituzionali e professionali coinvolti nel processo di presa in carico, gestione,

monitoraggio degli interventi, e allo stesso tempo di governare la rete dei servizi socio-sanitari rivolti alla popolazione anziana non-autosufficiente e di semplificare e chiarire i percorsi di assistenza per i cittadini".

Perciò, la realizzazione del software e della cartella socio-sanitaria integrata (e il loro continuo aggiornamento), sono stati affidati a gruppi di lavoro tematici stabili che hanno collaborato e tuttora collaborano sia alla definizione di modelli omogenei di intervento che al disegno del sistema informativo. In particolare, è compito dei gruppi di lavoro, in collaborazione con Softhec, realizzare o monitorare:

- la condivisione dei nuovi strumenti e metodologie di lavoro,
- la definizione dei contenuti degli atti di regolazione e loro applicazione sui territori,
- la definizione di percorsi e processi tecnico-assistenziali omogenei,
- l'individuazione della corretta configurazione del sistema informatico in riferimento alla specifica realtà gestionale territoriale/distrettuale,
- le iniziative di formazione capillare per l' utilizzo dello strumento informatico,
- la sperimentazione del sistema e sua implementazione nella realtà operativa attraverso una stringente attività di accompagnamento sul piano tecnico-informatico, tecnico-gestionale e tecnico-professionale, il collaudo del modulo informatico-informativo e attività periodica di monitoraggio sul piano tecnico professionale e sul piano informatico-informativo, manutenzione e aggiornamento del progetto e del sistema sul piano informatico, informativo, gestionale e tecnico-professionale.
- Un simile coinvolgimento degli operatori rappresenta una importante attuazione dell'obiettivo di integrazione professionale indicato dalle linee guida per l'integrazione socio-sanitaria presenti in letteratura e dalla programmazione regionale.

Grazie a questa metodologia è stato possibile realizzare un sistema (in continua evoluzione) fatto di diversi moduli:

GARSIA sportello sociale / osservatorio provinciale del bisogno: serve al primo **accesso** e segnalazione del bisogno da parte dei cittadini, e sua rilevazione da parte del da parte dello

Sportello Sociale e all'Osservatorio Provinciale, a fornire al cittadino informazioni e accompagnamento o orientamento ai servizi, quindi alla valutazione e definizione del bisogno da parte del Responsabile di caso, che avvia eventualmente la segnalazione per l' inserimento nella Rete dei Servizi Socio Sanitari.

GARSIA UVM Serve alla presa in carico della segnalazione da parte del Distretto, alla valutazione della non autosufficienza attraverso la scheda di valutazione (BINA, Scheda Sociale, ICF, SIS, Barthel etc), alla definizione del Progetto Assistenziale Individualizzato o del Progetto Individualizzato di vita e di cure, e alla proposta di assegnazione dei servizi socio/sanitari.

GARSIA Liste d'attesa: per l'inserimento e gestione nelle graduatorie distrettuali (ove presenti) o alle liste di assegnazione per i servizi socio-sanitari

GARSIA Strutture :per la gestione dell' accesso in struttura dell' anziano e la gestione amministrativa dell' inserimento (attivo su tutti i distretti per l' area anziani).

GARSIA Assegno di cura Gestione dell' Assegno di cura e del contributo aggiuntivo per la regolarizzazione dell' assistente familiare. Con un collegamento automatico per la emissione del mandato di pagamento in favore del beneficiario, e l'inserimento automatico nel Flusso Regionale SMAC

GARSIA Dimissioni protette, attivo su tutti i distretti, i reparti ospedalieri dell' Azienda USL, le lungodegenze accreditate del territorio aziendale, per la gestione della dimissione protetta di pazienti attraverso il collegamento fra la Centrale di Continuità Ospedale - Territorio e i Dipartimenti delle Attività Socio-Sanitarie (CCOT / DASS) ed il Comune di Residenza per la presa in carico precoce.

GARSIA ASSDI - Gestione del Progetto di Assistenza Socio-sanitaria Domiciliare Integrata (in fase di attivazione su tutti i Distretti e tutti i Comuni) attraverso il sistema di back-office SOSIA: serve a Gestione e monitoraggio del PAI ; Rendicontazione delle prestazioni di ASSDI (pasti, trasporti e prestazioni socio-assistenziali). Alimenta il Flusso regionale SIADI-ADI

GARSIA GRAD - Acquisizione dei dati afferenti il trattamento delle gravissime disabilità acquisite e gestione del Flusso regionale GRAD (DGR 2068/2004)

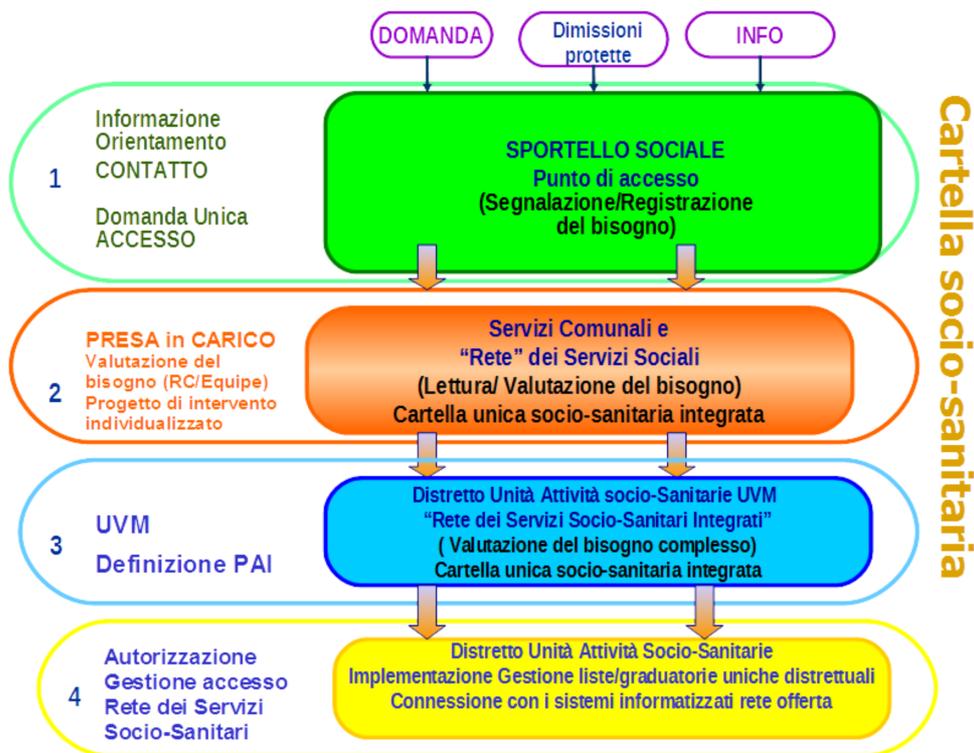


Figura 7: struttura della cartella socio-sanitaria GARSIA

La rete GARSIA al momento connette tra loro 60 comuni, che condividono tutti il medesimo sistema informativo, 6 distretti socio-sanitari dell'Azienda USL di Bologna, un distretto socio-sanitario dell'Azienda USL di Imola. Per quanto riguarda la rete dei servizi sanitari e socio-sanitari dell'area metropolitana di Bologna, GARSIA connette ai distretti e ai comuni: 106 strutture per anziani, 14 lungodegenze accreditate, due reparti di riabilitazione estensiva ed intensiva accreditati, 84 reparti ospedalieri dell'AUSL di Bologna, 20 reparti dell'Azienda Ospedaliera S.Orsola-Malpighi, 14 reparti dell'Istituto Ortopedico Rizzoli. Entro il 2013 essa sarà ulteriormente estesa a circa un centinaio di strutture e servizi per disabili e a tutta l'attività di presa in carico e valutazione dell'area minori. L'informatizzazione è completamente a regime per l'area anziani. Il sistema gestisce anche le dimissioni protette, nella logica della continuità assistenziale tra i servizi ospedalieri e quelli del territorio.

4 Conclusioni

In un contesto di invecchiamento della popolazione, forte prevalenza della cronicità e progressiva evoluzione dello scenario epidemiologico verso la presenza crescente di pazienti multiproblematici e non autosufficienti, assicurare la continuità e la coerenza fra i diversi *setting* di cura e assistenza sia sanitari che socio-sanitari (ospedale, servizi sanitari territoriali, domicilio, strutture residenziali di Long term care) è una priorità non solo in vista della maggiore appropriatezza delle cure e in particolare delle ospedalizzazioni, ma anche e soprattutto in vista della produzione di valore per il paziente cronico.

Dall'analisi della letteratura emerge che il maggiore ostacolo al raggiungimento di questo obiettivo è rappresentato dalla presenza, caratteristica del sistema di welfare italiano, di molteplici attori e strutture con competenze, obiettivi e funzioni diverse e separate. Questa difficoltà si amplifica enormemente quando da un *setting* assistenziale univocamente identificabile come sanitario si passa a un *setting* socio-sanitario, e massimamente nel trasferimento a domicilio di pazienti fragili con bisogni assistenziali di tipo sociale. In vista del superamento di questo ostacolo, le raccomandazioni presenti in letteratura indicano di realizzare l'integrazione a più livelli:

- normativo-istituzionale
- programmatico
- professionale e gestionale

L'esame del caso di studio rappresentato dal sistema della *governance* emiliano-romagnola, svolto attraverso l'analisi documentale della programmazione regionale e locale, interviste ai key informant e due focus group sulla pianificazione di zona, ha mostrato la validità di questo impianto. Il sistema di *governance* analizzato realizza infatti:

- l'integrazione a livello normativo-istituzionale grazie al sistema costituito da Cabina di regia regionale, Conferenze territoriali sociali e sanitarie, e Comitati di distretto
- l'integrazione a livello di programmazione e progettazione grazie alla tecnostuttura rappresentata da Comitato tecnico scientifico, Uffici di supporto delle CTSS, e Uffici di piano.

- L'integrazione professionale e gestionale grazie alla definizione di percorsi e modelli di collaborazione condivisa con professionisti, organizzazioni for profit e no profit, e cittadini singoli e organizzati.

Dalle interviste realizzate emerge che modello ha dimostrato di poter creare strutture di coordinamento e condivisione che portano a tutti i livelli a una reciproca assunzione di responsabilità e competenze in riferimento alla gestione del sistema di *welfare*, e attraverso queste a un miglioramento nella continuità e nella coerenza dei percorsi assistenziali.

Resta da realizzare una valutazione complessiva dell'impatto su efficacia, costi e soddisfazione dei pazienti.

5 Appendice normativa

Contesto normativo nazionale

1978 L. 833 Assicura “il collegamento ed il coordinamento con le attività e con gli interventi di tutti gli altri organi, centri, istituzioni e servizi, che svolgono nel settore sociale attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività” (art. 1, 1). Istituisce l'USL come “una struttura operativa dei comuni, singoli o associati, e delle comunità montane” (art. 15), il cui comitato di gestione è eletto dal Consiglio comunale. Le USL assumono diffusamente compiti e competenze di natura socioassistenziale su delega dei comuni. Esplosione della spesa:

- mancata distinzione di poteri e responsabilità fra organi politici (Comuni) e dirigenza USL
- diritto alla salute indipendente dalle risorse
- criteri di finanziamento penalizzanti per l'efficienza gestionale e ripiano “a piè di lista”

1985 DPCM 8 agosto (decreto Craxi) Identifica i servizi socio-assistenziali destinati a gravare sul FSN in quanto attività “dirette immediatamente e in via prevalente alla tutela della salute del cittadino in assenza dei quali l'attività sanitaria non può svolgere o produrre effetti”.

Assegna all'USL la titolarità gestionale e finanziaria di: riabilitazione o rieducazione funzionale dei disabili, psichiatria, tossicodipendenza, anziani non autosufficienti, tutela materno infantile, e afferma per queste attività il principio di una piena integrazione socio-sanitaria. Per le altre, assegna la responsabilità agli EE.LL.

1992 Dlgs 502 (Modificato dal Dlgs 517/1993) Separa potere politico e gestione.

Trasforma le USL in Aziende che sono:

- dotate di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale, tecnica.
- “Organi strumentali” delle Regioni, che diventano titolari delle funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera. Spettano alle

Regioni la determinazione dei principi sull'organizzazione dei servizi e sull'attività destinata alla tutela della salute delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, nonché le attività di indirizzo tecnico, promozione e supporto nei confronti delle medesime.

Ridimensiona fortemente il ruolo degli Enti Locali e Istituisce le Conferenze dei sindaci (a livello locale, nelle unità sanitarie locali il cui ambito territoriale non coincide con il territorio del comune, le funzioni del Sindaco sono svolte da una Conferenza dei sindaci, art. 3, 14).

Istituisce:

Livelli uniformi di assistenza sanitaria.

Piano Sanitario Nazionale

Piani sanitari regionali

- 1998 Dlgs 112 Competenze degli Enti Locali, Artt. 131 ss. : “servizi sociali” tutte le attività destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà escluse quelle assicurate da: “escluse soltanto quelle assicurate dal sistema previdenziale e da quello sanitario, nonché quelle assicurate in sede di amministrazione della giustizia”. Il compito di progettare e realizzare la rete dei servizi sociali spetta ai Comuni “anche con il concorso delle Province”
- 1998 PSN Strategie per l'integrazione fra assistenza sanitaria e sociale:
- individua il Distretto come “Centro di servizi e prestazioni dove la domanda di salute è affrontata in modo unitario e globale”, sede privilegiata per governo dei processi integrati fra istituzioni e per la gestione unitaria di diverse fonti di risorse, dell'ASL e del Comune. Organizzazione dei servizi fondata su lavoro per progetti, approccio interprofessionale, predisposizione di percorsi assistenziali che assicurino continuità terapeutica
- 1999 DLGS 229 Il Distretto sanitario assume la funzione di governo della domanda, centro di offerta di servizi sanitari e sociosanitari territoriali, di integrazione e di accesso.
Istituisce il PAT, Programma delle attività territoriali, basato sul principio della intersectorialità degli interventi cui concorrono le diverse strutture operative.
Istituisce il Comitato dei sindaci di distretto, che approva il PAT limitatamente alle

attività' socio-sanitarie, con il Comitato medesimo e tenuto conto delle priorità' stabilite a livello regionale e concorre alla verifica del raggiungimento dei risultati di salute definiti dal Programma delle attività' territoriali. I Comuni partecipano alla programmazione e alla valutazione.

Il ruolo degli EE.LL. rispetto alle procedure di proposta, adozione e approvazione del Piano attuativo locale, all'attività di vigilanza e controllo sulle AUSL, alla verifica della realizzazione del Piano attuativo locale, ecc. è subordinato alle modalità di partecipazione definiti dalla Regione.

Art. 2 bis: introduce una Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale.

1999 Dlgs 229 art. 3 septies Definizione di Prestazioni socio-sanitarie: “tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione”

Sono competenza delle aziende sanitarie:

- le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale
- le prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria

Sono competenza dei comuni le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria.

2000 Legge 328 “Turco” Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali

Istituisce il Piano di Zona. Coordinamento ed integrazione con gli interventi sanitari e dell'istruzione nonché con le politiche attive di formazione, di avviamento e di reinserimento al lavoro; concertazione e cooperazione tra i diversi livelli istituzionali, tra questi ed organismi non lucrativi di utilità sociale, degli organismi della cooperazione, delle associazioni e degli enti di promozione sociale, delle fondazioni e degli enti di patronato, delle organizzazioni di volontariato, degli enti riconosciuti delle confessioni religiose, le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello nazionale, nonché le aziende unità sanitarie locali per le prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria comprese nei livelli essenziali del Servizio sanitario nazionale.

- 2001 DPCM 14 febbraio Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie. Prevede espressamente la collaborazione tra Distretto e Comuni nella elaborazione del PAT, in stretta correlazione con il PIANO DI ZONA. Definisce e classifica le tipologie delle prestazioni dell'assistenza socio-sanitaria. Prevede che tali prestazioni siano erogate sulla base di progetti personalizzati redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali, fatte sulla base di criteri definiti dalle regioni. Classifica (tabella A) prestazioni e criteri di finanziamento. Viene integrato dal DPCM 29.11.2001, definizione dei LEA, lascia tuttavia un'area di incertezza interpretativa.
- 2001 DPCM 29 novembre Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza.
- 2001 Legge costituzionale n. 3 Riforma del Titolo V: Il SSN si riorienta strategicamente verso un sistema di Servizi Sanitari Regionali
- 2007 Ordinanza ministeriale 8 Maggio 2007 Ordinanza contingibile ed urgente relativa alla tutela delle persone maggiormente suscettibili agli effetti delle ondate di calore. (GU n. 119 del 24-5-2007)
- 2008 Decreto min. 17 dicembre Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali (FAR).

Contesto normativo regionale

Norme generali: organizzazione del SSR e del Sistema integrato di interventi e servizi sociali

- 1994 Legge 5/1994 Tutela e valorizzazione delle persone anziane - interventi a favore di anziani non autosufficienti (organizzazione dei servizi per anziani).
- 1994 Legge 19/1994 Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale ai sensi del Dlgs. 502/92
- 1994 Legge 50/94 Norme in materia di programmazione, contabilità, contratti e controllo delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere

- 1999 DCR 1235 Piano Sanitario Regionale 1999-2001, Deliberazione del Consiglio Regionale dell'Emilia-Romagna n. 1235 del 22.9.1999
- 2000 LR 11/2000 Modifiche alla LR 19/94
- 2003 LR 2/2003, Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, Capo II: *Disposizioni per l'integrazione socio-sanitaria*
- 2003 Legge 21/2003: Istituzione dell'Azienda unità sanitaria locale di Bologna - modifiche alla legge regionale 12 maggio 1994, n. 19
- 2004 Legge 29/2004 Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del servizio sanitario regionale
- 2012 Legge 21/12 Misure per assicurare il governo territoriale delle funzioni amministrative secondo i principi di sussidiarietà, differenziazione ed adeguatezza.
- 2013 Legge 12/13 Disposizioni ordinamentali e di riordino delle forme pubbliche di gestione nel sistema dei servizi sociali e socio-sanitari. Misure di sviluppo e norme di interpretazione autentica in materia di Aziende pubbliche di Servizi alla Persona
- 2013 Deliberazione Assemblea Regionale 117/13 Indicazioni attuative del Piano sociale e sanitario regionale per il biennio 2013/2014,

Sistema della governance (architettura istituzionale)

- 1994 Legge 19 (vide supra)
- 2003 Legge 2 (vide supra)
- 2004 Legge 29 (vide supra)
- 2005 DGR 2187/2005 Istituzione della Cabina di regia regionale per le politiche sanitarie e sociali Recepimento del Protocollo d'intesa siglato tra la Regione Emilia-Romagna e le rappresentanze delle Autonomie locali per l'istituzione di una cabina di regia regionale per le politiche sanitarie e sociali. Disciplina composizione, organizzazione, funzionamento cabina di regia e costituzione cabina di regia

- 2007 DGR 1004/07 Attuazione d.a.l. N. 91/2006 e d.g.r. 1791/2006:individuazione delle azioni e dei criteri di riparto per realizzare gli obiettivi del programma finalizzato per la promozione e sviluppo degli Uffici di piano.
- 2008 PSSR Allegato A: linee per la definizione del ruolo e del funzionamento delle Conferenze Territoriali Sociali e Sanitarie, e dell'atto di indirizzo e coordinamento
- 2008 DGR 1682/08 "Linee guida per l'elaborazione e l'approvazione del Piano di zona distrettuale per la salute e il benessere sociale"
- 2010 DGR 24/10 approvazione degli indirizzi relativi al regolamento per il funzionamento delle Conferenze territoriali sociali e sanitarie, in attuazione della d.a.l. 175/2008 "piano Sociale e sanitario 2008-2010
- 2011 DGR 1085 Nuovo regolamento della Cabina di regia regionale per le Politiche sanitarie e sociali istituita con delibera della Giunta regionale della Regione Emilia-Romagna n. 2187 in data 19/12/2005

Fondo Regionale per la Non Autosufficienza

- 2004 Legge regionale 27, art. 51
- 2007 DGR 509/07 Fondo Regionale per la Non autosufficienza, avvio
- 2007 DGR 1206/07 Fondo Regionale per la non autosufficienza linee triennali 2007-2010:
 - Allegato 1: Indirizzi e criteri di gestione e rendicontazione del Fondo regionale per la non autosufficienza (FRNA)
 - Allegato 2: "Modifiche ed integrazioni alla deliberazione della Giunta Regionale n. 1378/1999 e successive modificazioni ed integrazioni": A) caratteristiche degli interventi di sostegno al domicilio e requisiti minimi, B) valorizzazione degli interventi di sostegno a domicilio a carico del FRNA
 - Allegato 3: Linee di indirizzo per favorire la qualificazione e la regolarizzazione del lavoro di cura delle assistenti familiari nell'ambito delle azioni e degli interventi del FRNA

Allegato n. 4: Linee per la definizione di programmi di sostegno delle reti sociali e di prevenzione per i soggetti fragili

Allegato 5: Contributi del fondo regionale per la non autosufficienza finalizzati ad interventi di adattamento dell'ambiente domestico. A) criteri e modalità di accesso ai contributi finalizzati ad interventi di adattamento dell'ambiente domestico B): percorso di finanziamento degli interventi di adattamento dell'ambiente domestico.

Allegato n. 6: Criteri per il finanziamento dell'assistenza residenziale per le persone con gravissima disabilità acquisite (DGR 2068/2004)

2008 DGR 1230/08 Fondo Regionale per la Non autosufficienza linee attuative 2008 (inclusione della popolazione disabile nella programmazione del FRNA).

Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona (ASP)

2003 LR 2/03 (vide supra)

2004 DGR 623 “Direttiva per la trasformazione delle Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza in Aziende pubbliche di servizi alla persona

2004 DGR 624 “Definizione di norme e principi che regolano l'autonomia statutaria, gestionale, patrimoniale, contabile e finanziaria delle aziende pubbliche di servizi alla persona”

2005 DGR 284 “Procedure e termini per la trasformazione, la fusione e l'estinzione delle Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza e per la costituzione delle Aziende pubbliche di servizi alla persona (ASP)

2006 DGR 722 “Piano di trasformazione delle Aziende pubbliche di servizi alla persona – Ulteriori chiarimenti e precisazioni”

2007 DGR 1530 “Semplificazione delle procedure per la costituzione delle Aziende pubbliche di servizi alla persona”

Accreditamento e organizzazione dei servizi

1994 Legge 5 (vide supra).

- 1999 DGR 1379-99 adeguamento degli strumenti previsti dalla l.r. 5/94 in attuazione del piano sanitario regionale con particolare riferimento alla semplificazione degli accessi ed al rapporto con i cittadini.
- 1999 Dgr 1378/99 Direttiva per l' integrazione di prestazioni sociali e sanitarie ed a rilievo sanitario a favore di anziani non auto- sufficienti assistiti nei servizi integrati socio-sanitari di cui all'art. 20 della LR n. 5/94.
- 2000 Dgr 564 Direttiva regionale per l'autorizzazione al funzionamento delle strutture residenziali e semiresidenziali per minori, portatori di handicap, anziani e malati di Aids
- 2005 dgr 2314 Incentivazione programmi di qualificazione e sviluppo dell'assistenza domiciliare
- 2006 DGR 86/2006 Direttiva sull'Atto Aziendale
- 2006 dgr 86/06 accordo regionale in attuazione dell'a.c.n. Reso esecutivo in data 23 marzo 2005, mediante intesa nella conferenza stato-regioni, per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale (disciplina ADI).
- 2007 Circolare 7 del 25 giugno 2007: Omogeneizzazione delle prestazioni sanitarie nella rete dei servizi per anziani non autosufficienti
- 2007 dgr 2011/07 direttiva alle aziende sanitarie per l'adozione dell'atto aziendale, di cui all'art. 3, comma 4, della l.r. 29/2004: indirizzi per l'organizzazione dei dipartimenti di cure primarie, di salute mentale e dipendenze patologiche e di sanità pubblica.
- 2007 DGR 2011/2007 Direttiva alle aziende sanitarie per l'adozione dell'atto aziendale, di cui all'art. 3, comma 4, della l.r. 29/2004: indirizzi per l'organizzazione dei Dipartimenti di Cure Primarie, di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, e di Sanità Pubblica
- 2008 Legge 4/08 Disciplina degli accertamenti della disabilità - ulteriori misure di semplificazione ed altre disposizioni in materia sanitaria e sociale
- 2009 dgr 2375/09 Linee guida per l'innovazione e lo sviluppo di attività di contatto ed aggiornamento per le assistenti famigliari

- 2009 DGR 427/09 Linee di indirizzo regionali di attuazione del PSSR 2008-2010 per l'ulteriore qualificazione delle cure primarie attraverso lo sviluppo delle professioni sanitarie assistenziali
- 2009 DGR 514/09 Primo provvedimento della Giunta regionale attuativo dell'art. 23 della L.R. 4/08 in materia di **accreditamento** dei servizi socio-sanitari
- 2010 circolare pg 128866: Aggiornamento circolare 7.
- 2010 DGR 291/10 Case della salute: indicazioni regionali per la realizzazione e l'organizzazione funzionale
- 2013 DGR 1133/2013 Organizzazione dell'assistenza integrata al paziente anziano con fratture di femore: Approvazione linee guida per le Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna

Politiche per anziani

- 1994 Legge 5 (vide supra).
- 1999 DGR 2581/99 Progetto regionale demenze: approvazione linee regionali e primi interventi attuativi. Assegnazione finanziamenti Aziende USL (delibere attuative fino al 2008).
- 2004 DGR 2299 "Approvazione del Piano di Azione per la comunità regionale. Una società per tutte le età: invecchiamento della popolazione e prospettive di sviluppo" Piano Anziani Regionale
- 2006 DGR 1598 Modifica parziale della delibera n. 2299 del 22-11-2004 "Approvazione del Piano di Azione per la comunità regionale. Una società per tutte le età: invecchiamento della popolazione e prospettive di sviluppo"
- 2007 (annuali, a partire dal 2007): Linee guida regionali per mitigare l'impatto delle ondate di calore

6 Documenti analizzati

Conferenza territoriale sociale e sanitaria di Bologna

2006

Criteri operativi per l' applicazione del regolamento aziendale per la contribuzione alle famiglie disponibili a mantenere l'anziano non autosufficiente nel proprio contesto

2008

Atto di indirizzo e coordinamento e Profilo di Comunità (aggiornamenti annuali 2009-212)

Regolamento Aziendale per l' Assegno di cura e di sostegno in favore di disabili gravi e gravissime disabilità acquisite e dei relativi Criteri Operativi,

Regolamento per l'attuazione della procedura relativa agli interventi di adattamento domestico nell'ambito del FRNA

Regolamento Assistenza socio/sanitaria Domiciliare Integrata –ADI

Regolamento aziendale per l' attivazione e gestione di ricoveri di anziani non autosufficienti su posti temporanei e di sollievo (FRNA)

Regolamento aziendale per l' erogazione degli assegni di cura in favore di anziani non autosufficienti e relativi Criteri operativi (FRNA)

2011

Nuovo regolamento assegni di cura

2012

(AUSL di Bologna): Centrali di Continuità Ospedale-Territorio Sviluppo dell'esperienza nell'AUSL di Bologna

2013

Linee Guida Valutazione Multidimensionale Area Anziani

Linee di indirizzo per le Assistenti Familiari

Programmazione distrettuale

Comune di bologna, progetto sperimentale "la continuita' assistenziale nelle dimissioni ospedaliere "difficili"

Piano di Zona per la salute e il benessere sociale 2009-11, zone di: Casalecchio di Reno; Bologna; Pianura Est

Piano di Zona per la salute e il benessere sociale 2009-11, zone di: Casalecchio di Reno; Bologna; Pianura Est: Piani Attuativi annuali 2009-2013

7 Bibliografia

Contesto demografico, epidemiologico e socio-culturale

- AgeNaS. 2012. “Gli Effetti Della Crisi Economica E Del Super Ticket Sull’ Assistenza Specialistica.” *Age.Na.S.* http://www.agenas.it/effetti_super_ticket_crisi_assistenza_specialistica.htm.
- ANIA. 2011. “L’assicurazione Italiana 2010-2011.” <http://www.ania.it/it/pubblicazioni/>
- Baumann, Zigmunt. 2006. *Vita Liquida*. Bari: Laterza.
- Baumann, Zigmunt. 2007. *Homo Consumens*. Trento: Erickson.
- Benson, Lawrence, Senior Fellow, Julian Bond, Gill Harvey Reader, Sue Llewellyn, and Booth Street West. 2010. “Trust in Public Services” 44 (0).
- Cantù, Elena, and Francesco Longo. 2013. “RAPPORTO OASI 2013, Executive Summary.” In *Rapporto OASI*, 2011:1–18.
- Cipolla, Costantino. 2010. *Il Contenzioso Sanitario Visto Dai Pazienti. Materiali Di Studio E Di Ricerca*. FrancoAngeli. http://www.francoangeli.it/Ricerca/Scheda_libro.aspx?CodiceLibro=1341.2.45.
- Coccia, Giuliana, and Angela Legini. 2013. “Rapporto Sulla Coesione Sociale.” *Ministero Del Lavoro E Delle Politiche Sociali*. http://www.lavoro.gov.it/Notizie/Documents/Rapporto_Coesione_2013_Volume_I_30dicembre_ore_13_28229.pdf.
- De Belvis, Antonio Giulio, Maria Avolio, Lorella Sicuro, Aldo Rosano, Elide Latini, Gianfranco Damiani, and Walter Ricciardi. 2008. “Social Relationships and HRQL: A Cross-Sectional Survey among Older Italian Adults.” *BMC Public Health* 8 (1) (January): 348. doi:10.1186/1471-2458-8-348. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/8/348>.
- Ehrenberg, Alain. 2010. *La Società Del Disagio*. Einaudi. <http://www.einaudi.it/libri/libro/alain-ehrenberg/la-societ-del-disagio/978880620498>.
- Fini, Massimo, Gianfranco Gensini, and Giovanni Simonetti. 2013. “Criteri Di Appropriately Clinica, Tecnologica E Strutturale Nell’assistenza Del Paziente Complesso.” *Quaderni Del Ministero Della Salute*: 1–162. <http://www.quadernidellasalute.it/download/download/23-settembre-ottobre-2013-quaderno.pdf>.
- Gilson, Lucy. 2003. “Trust and the Development of Health Care as a Social Institution.” *Social Science & Medicine* (1982) 56 (7) (April): 1453–68. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12614697>.
- Guidi, Riccardo, and Gino Mazzoli. 2012. “Costruire Partecipazione Nel Tempo Della Vulnerabilità.” *Animazione Sociale, Supplementi* 259: 1–145. www.spaziocomune.eu.

- Guidi, Riccardo, and Gino Mazzoli. 2012. "Il Perché E Il Verso Dove Di Spazio Comune." In *Costruire Partecipazione Al Tempo Della Vulnerabilità*, 5–6.
- Lanzieri, Giampaolo. 2011. "The Greying of the Baby Boomers A Century-Long View of Ageing in European Populations." *Eurostat*.
- Mazzoli, Gino 2008 "In precario equilibrio. Vulnerabilità sociali e rischio povertà. Un'osservazione a partire dal quartiere San Salvario di Torino" a cura dell'Osservatorio delle povertà e delle risorse della Caritas di Torino, EGA, Torino
- Ministero della Salute. 2010. "Tabella 2.20. Definizioni Di Comorbidità E Multimorbidità." *Ministero Della Salute, Relazione Sullo Stato Sanitario Del Paese 2009-2010*. http://www.rssp.salute.gov.it/imgs/C_17_tavoleRelazione_2_listaTabelle_tabelleItemName_19_fileTabella.pdf.
- Sennet, Richard. 2001. *L'uomo Flessibile*. Milano: Giangiacomo Feltrinelli Editore. <http://www.feltrinellieditore.it/opera/opera/luomo-flessibile-1/>.
- Wilkinson, Richard G., and Kate Pickett. 2009. *The Spirit Level: Why More Equal Societies Almost Always Do Better*.
- World Health Organisation "WHO | Noncommunicable Diseases Country Profiles 2011." 2011. http://www.who.int/nmh/publications/ncd_profiles2011/en/

Problemi dell'integrazione

- AgeNaS. 2012. "La Presa in Carico Degli Anziani Non Autosufficienti." *I Quaderni Di Monitor - Supplementi Alla Rivista*.
- Aguzzi, Giovanni, Mario Del Vecchio, Federico Lega, Francesco Longo, Anna Prenestini, and Anna Tasselli. 2008. *Gli Scenari Strategici per La Sanità Del Futuro*. EGEA.
- Anconelli, Marisa, Daniela Farini, and Rossella Piccinini. 2011. "Un Modello Di Valutazione Dei Piani Di Zona per La Salute Ed Il Benessere Sociale Esiti Di Un Laboratorio Partecipato."
- Annicchiarico, Massimo, Marilina Colombo, and Adalgisa Protonotari. 2012. "La Rete Della Post-Acuzie: Un Sistema Di Continuità Di Cura Ospedale-Territorio Dell'area Bolognese." *MECOSAN* 20(84):63–78
- Baumann, Matt et al. 2007. "Organisation and Features of Hospital, Intermediate Care and Social Services in English Sites with Low Rates of Delayed Discharge." *Health & social care in the community* 15(4):295–305. Retrieved February 4, 2014 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17578390>).
- Bergamaschi, Mara. 2008. *Creazione Del Valore in Sanità*. The McGraw-Hill Companies.

- Bertin, Giovanni, and Costantino Cipolla. 2013. *Verso Differenti Sistemi Sanitari Regionali*. Venezia: Edizioni Ca' Foscari - Digital Publishing.
- Bodenheimer, Thomas. 2008. "Coordinating Care: A Perilous Journey Through the Health Care System." *The New England Journal of Medicine* 358(10): 1–20
- Coleman E.A. e Berenson R. A. (2004), «Lost in transition: challenges and opportunities for improving the quality of transitional care», *Ann Intern Med.*, 140: pp.533-536;
- Compagni, Amelia, Fabrizio Tediosi, and Valeria D. Tozzi. 2010. "L'integrazione Tra Ospedale E Territorio Nelle Aziende Sanitarie." *Rapporto OASI* (16): 519–39.
- Cotter J., Smith W. e Boling P. (2002), «Transitions of care: the next major quality improvement challenge», *British Journal of Clinical Governance*, 7(3): pp.198-205
- Da Roit, Barbara, and Blanche Le Bihan. 2009. "La Prise En Charge Des Personnes Âgées Dépendantes En France et En Italie . Familialisation Ou Défamilialisation Du Care?" *Lien Social et Politiques* 62: 41–55.
- Da Roit, Barbara, and Manuela Naldini. 2010. "Should I Stay or Should I Go? Combining Work and Care for an Older Parent in Italy." *South European Society and Politics* 15 (4) (December): 531–551. doi:10.1080/13608746.2010.490653. <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13608746.2010.490653>.
- Damiani, Gianfranco, Bruno Federico, Antonella Venditti, Lorella Sicuro, Silvia Rinaldi, Franco Cirio, Cristiana Pregno, and Walter Ricciardi. 2009. "Hospital Discharge Planning and Continuity of Care for Aged People in an Italian Local Health Unit: Does the Care-Home Model Reduce Hospital Readmission and Mortality Rates?" 2009, *BMC Health Services Research* 9 (1) (January): 22. doi:10.1186/1472-6963-9-22. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/9/22>.
- Del Vecchio, Mario. 2012. "Cure Primarie : Uno Scenario in Cambiamento." *Rapporto OASI*.
- Fosti, Giovanni, Ornella Larenza, Francesco Longo, and Andrea Rotolo. 2012. "*Caratteristiche e Criticità Del Settore sociosanitario Italiano : Quali Prospettive Di Policy ?*" *Rapporto OASI* (4): 167–83.
- Gori, Cristiano 2010. "Il Sistema Di Protezione E Cura Delle Persone Non Autosufficienti Prospettive, Risorse E Gradualità Degli Interventi." <http://www.lavoro.gov.it/NR/rdonlyres/6AA4CC82-3B9F-4270-9ECB-8C552C417DFF/0/RicercaIRSSullanonautosufficienzaott2010.pdf>.
- Guidi, Riccardo, and Gino Mazzoli. 2012. "Costruire Partecipazione Nel Tempo Della Vulnerabilità." *Animazione Sociale, Supplementi* 259: 1–145. www.spaziocomune.eu.
- Hofmarcher, Maria M., Howard Oxley, and Elena Rusticelli. 2007. "Improved Health System Performance Through Better Care Coordination." *OECD Health Working Papers*: 1–86

- Longo, Francesco, Mario Del Vecchio, and Federico Lega. 2010. *La Sanità Futura. Come Cambieranno Gli Utenti, Le Istituzioni, I Servizi E Le Tecnologie*. Università Bocconi Editore.
- Mongardi, Maria. 2013. “Il Fenomeno Delle Dimissioni Ospedaliere Ritardate Nella Regione Emilia Romagna.” *MECOSAN* 86(22):73–86
- Oliver, Adam. 2006. “Integrating Community Health and Social Care.” *Health Policy Monitor*. <http://www.hpm.org/survey/uk/a7/3>.
- Oxley, Howard. 2008. “Improving Health Care System Performance Through Improved Coordination of Care.” 33(September): 1–19.
- Regione Emilia-Romagna - Giunta Regionale. 2010. DGR 291/2010 Case Della Salute
- Società Italiana per la qualità dell’assistenza sanitaria, “Raccomandazione 2012 La Qualità Nell’integrazione Tra Sociale E Sanitario”, 2012, 1–63
- Starfield, Barbara. 2011. “The Changing Nature of Disease, Implications for Health Services.” *Medical Care* 49 (11): 971–977. http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/Publications_PDFs/E92.pdf.
- WHO. 2008. “WHO Main Messages: Integrated Health Services – What and Why ?” (1): 1–8.

Metodo

- Allaire, Yvan, and Mihaela E. Firsirotu. 1984. “Theories of Organizational Culture.” *Organization Studies* 5(3): 193–226. <http://oss.sagepub.com/content/5/3/193> (June 30, 2011)
- Armitage, Gail D, Esther Suter, Nelly D. Oelke, and Carol E. Adair. 2009. “Health Systems Integration : State of the Evidence.” *International Journal of Integrated Care* 9 (June): 1–11.
- Berger, Peter L, and Thomas Luckmann. 1966. *The Social Construction of Reality. Construction*. Vol. 2. Biblioteka Myśli Współczesnej. Doubleday. <http://www.soc.iastate.edu/sapp/Berger.pdf>.
- Bonnefoy, Josiane, Antony Morgan, Michael P Kelly, Jennifer Butt, and Vivian Bergman. 2007. “Constructing the Evidence Base on the Social Determinants of Health : A Guide (WHO, MEKN).” *NHS National Institute for Health and Clinical Excellence*.
- CAPiRe.org. 2004. “Glossario ‘ Minimalista ’ Sulla Valutazione Delle Politiche.” *CAPiRe* (6).
- Cinotti, Renata. 2003. “Servizi Sanitari E Cittadini: Segnali E Messaggi.” Dossier ASSR. ASSR Dossier. http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss085/link/doss85.pdf.
- Gori, Cristiano. 2011. *Come Cambia Il Welfare Lombardo, Una Valutazione Delle Politiche Regionali*. Maggioli. <http://www.lombardiasociale.it/come-cambia-il-welfare-lombardo/>.

- Head, Brian. 2009. "Evidence-Based Policy: Principles and Requirements." In *Strengthening Evidence-Based Policy in the Australian Federation*, 13–26.
- ISTAT. 2010. *La Misurazione Delle Tipologie Familiari Nelle Indagini Di Popolazione 2010*.
- Liaw, S T, A Rahimi, P Ray, J Taggart, S Dennis, S de Lusignan, B Jalaludin, A E T Yeo, and A Talaei-Khoei. 2013. "Towards an Ontology for Data Quality in Integrated Chronic Disease Management: A Realist Review of the Literature." *International Journal of Medical Informatics* 82 (1) (January): 10–24. doi:10.1016/j.ijmedinf.2012.10.001. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23122633>.
- Lindenmeyer, a. 2011. "Measuring versus Understanding." *Bmj* 342 (may17 2) (May 17): d3039–d3039. doi:10.1136/bmj.d3039. <http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.d3039>.
- McClellan, Mark B, Michael J McGinnis, Elizabeth G Nabel, and LeighAnne Olsen. 2008. "Evidence-Based Medicine and the Changing Nature of Health Care." In *Evidence-Based Medicine and the Changing Nature of Health Care: Workshop Summary (IOM Roundtable on Evidence-Based Medicine)*, 1–203. http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=12041.
- Moro, Giuseppe. 2005. *La Valutazione Delle Politiche Pubbliche*. Carrocci. .
- Paley, John, and Richard Lilford. 2011. "Qualitative Methods: An Alternative View." *BMJ (Clinical Research Ed.)* 342 (April) (January): d424. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21307109>.
- Pawson, Ray, and Nick Tilley. 1997. *Realistic Evaluation*. SAGE. <http://books.google.com/books?id=GXagvZwC2bcC&pgis=1>.
- Pawson, Ray, Trisha Greenhalgh, Gill Harvey, and Kieran Walshe. 2005. "Realist Review--a New Method of Systematic Review Designed for Complex Policy Interventions." *Journal of Health Services Research & Policy* 10 Suppl 1 (July): 21–34. doi:10.1258/1355819054308530. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16053581>.
- Pawson, Ray. 2006. *Evidence-Based Policy: A Realist Perspective*. Sage Publications. <http://www.sagepub.com/booksProdDesc.nav?prodId=Book227875>.
- Pearson, Mark, Harriet Hunt, Chris Cooper, Sasha Shepperd, Ray Pawson, Rob Anderson, and Salmon Pool Lane. 2013. "Intermediate Care: A Realist Review and Conceptual Framework." *National Institute for Health Research Service Delivery and Organisation Programme Intermediate*: 1–143.
- Pope, Catherine, and Nick Mays. 1995. "Reaching the Parts Other Methods Cannot Reach: An Introduction to Qualitative Methods in Health and Health Services Research." *British Medical Journal* (July): 42–45.
- Porter, Michael E. 2010. "What Is Value in Health Care?" *New England Journal of Medicine*: 2477–2481. doi:10.1056/NEJMp1011024

- Pozzi, Alessandro. 2010. "L'impiego Di Strumenti E Tecniche a Matrice Etnografica per La Valutazione Della Partecipazione Nei Servizi Territoriali." In *AIV Congresso Annuale, "Politiche Di Welfare E Valutazione: Le Sfide Della Crisi Tra Inclusione Ed Esclusione Sociale E Lavorativa*.
- Vassilev, Ivaylo, Anne Rogers, Caroline Sanders, Anne Kennedy, Christian Blickem, Joanne Protheroe, Peter Bower, Sue Kirk, Carolyn Chew-Graham, and Rebecca Morris. 2011. "Social Networks, Social Capital and Chronic Illness Self-Management: A Realist Review." *Chronic Illness* 7 (1) (March): 60–86. doi:10.1177/1742395310383338. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20921033>.
- Virgilio, Gioia. 2012. *La Ricerca E Le Politiche Sociali E Socio-Sanitarie in Emilia-Romagna. Applicazione E Approcci per La Valutazione. ASSR Dossier*.
- Walt, Gill, Jeremy Shiffman, Helen Schneider, Susan F Murray, Ruairi Brugha, and Lucy Gilson. 2008. "Doing' Health Policy Analysis: Methodological and Conceptual Reflections and Challenges." *Health Policy and Planning* 23 (5): 308–317. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18701552>.
- Wong, Geoff, Trisha Greenhalgh, and Ray Pawson. "What Is a Realist Review and What Can It Do for Me? An Introduction to Realist Synthesis."

Governance e integrazione in Emilia-Romagna

- Bellentani M.D., Bugliari Armenio L., 2009, I fondi e le politiche per la non autosufficienza nelle Regioni. Age.na.s - Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, 2009. http://www.agenas.it/agenas_pdf/Dossier_Fondi_e_Politiche_per_la_NA%20__novembre_2009.pdf
- Bertin, Giovanni 2013, Governance Ed Inclusione Sociale, Le Regioni a Confronto (Roma, 2013), p. 190 <http://www.lavoro.gov.it/Strumenti/StudiStatistiche/sociale/Documents/20130712_Quaderni_ricerca_sociale_23.pdf>
- Bevir, Mark, "Governance", 2007 <doi:10.4135/9781412952613.n220>
- Biocca M., Grilli R., Riboldi B, 2008, La governance nelle organizzazioni sanitarie. FrancoAngeli, Milano, 2008
- Bobbio, Luigi, La Democrazia Non Abita a Gordio. Studio Sui Processi Decisionali Politico-Amministrativi, 1996; 2003 edn (Milano: FrancoAngeli), p. 112
- Borlini, B., "Governance E Governance Urbana : Analisi E Definizione Del Concetto," Governance An International Journal Of Policy And Administration, 1–15
- Bosi, Paolo, Lorenzini, M, Scagliarini, A, Paltrinieri, F., Bertoni, F., 2102 "il sistema informativo socio-sanitario e il supporto all'attività di programmazione," in Risposte alla crisi esperienze , proposte e politiche di welfare in italia e in europa,, pp. 20–22

- Campedelli, Massimo, 2011. "Contributi per La Programmazione E La Rendicontazione Distrettuale." *ASSR Dossier*. Vol. 206.
- Campedelli, Massimo. 2010. "La Governance Del Sistema Sociale E Sanitario in Emilia Romagna." *ASSR Dossier* 192. Dossier ASSR.
- Del Vecchio, Mario. 2006. "Nuove Tendenze Nelle Strutture Di Governo: Interpretazioni E Riflessioni a Margine Di Un Documento Della Regione Emilia Romagna." *Rapporto OASI* (11): 419–431.
- Fabrizio R., 2007 Regione Emilia-Romagna. Innovazione nelle politiche di sostegno al domicilio. Servizi Sociali Oggi, n. 6
- Le Galès, Patrik, "Regulations and Governance in European Cities," *International journal of Urban and Regional Research*, 22 (1998), 482–506
- Longo, Francesco, Governance Dei Network Di Pubblico Interesse. Logiche E Strumenti Operativi Aziendali - Longo Francesco - Libro - EGEA - Biblioteca Dell'economia D'azienda - IBS (Egea, 2005)
- Mapelli, Vittorio (Università degli studi di Milano), "I Sistemi Di Governance Dei Servizi Sanitari Regionali," *Quaderni formez*, 57 (2007)
- Montanelli, Roberta, Katia Ferri, Alfonso Buriani, Linda Campanini, Marilina Colombo, and Alice Scagliarini. 2010. "Fondo Regionale per La Non Autosufficienza. Implementazione Di Un Metodo Di Programmazione, Monitoraggio E Verifica." *Mecosan* 19 (73): 123 – 145.
- OECD, 2000 "The Reform of Metropolitan Governance"
- Protonotari, Adalgisa. 2012. "La Centrale Metropolitana Post Acuzie per Ricoveri Appropriati E Tempestivi in Strutture Territoriali." In *Innovare per Migliorare. Esperienze E Progetti Del Servizio Sanitario Regionale dell'Emilia-Romagna*. Regione Emilia Romagna. www.saluter.it.
- Regione Emilia Romagna, 2009. I nuovi strumenti della programmazione regionale: la sfida del profilo di comunità e dell'atto di indirizzo e coordinamento triennale.<
<http://www.emiliaromagnasociale.it/wcm/emiliaromagnasociale/home/pianosociale/volumeconanalisispr ofilicomunita.htm>
- Regione Emilia Romagna. 2012. "La Centrale Metropolitana Post Acuzie per Ricoveri Appropriati E Tempestivi in Strutture Territoriali." In *Innovare per Migliorare. Esperienze E Progetti Del Servizio Sanitario Regionale dell'Emilia-Romagna*. Regione Emilia Romagna. www.saluter.it.
- Rhodes, R. a. W., "The New Governance: Governing without Government," *Political Studies*, 44 (1996), 652–667 <doi:10.1111/j.1467-9248.1996.tb01747.x>
- Taroni, Francesco. 2007. "Fra Apocalittici E Integratori : Ragioni E Problemi Di Un Fondo per La Non Autosufficienza" 1: 2007.

Tomba R. 2007a Il nuovo sistema di accreditamento dei servizi sociali e socio-sanitari della Regione Emilia-Romagna. Servizi Sociali Oggi, n. 3, 2007a.

Tomba R. 2007b Il Fondo per la non autosufficienza della Regione Emilia-Romagna. Servizi Sociali Oggi, n. 4, 2007b.

Tomba R. 2007c Governance e strumenti di programmazione. Relazione in occasione del Ciclo di Seminari regionali "Il cantiere per il nuovo welfare regionale e territoriale", Bologna, 2 aprile 2007c.

Walter Sancassiani, Chiara Rognoni, and Walter Sancassiani, Governance , Partecipazione E Processi Decisionali per Lo Sviluppo Sostenibile Locale Un Tour Di Ascolto E Riflessione a Voci Multiple, Quaderni di documentazione Agende 21 locali (Bologna, 2007).

WHO, 2008, Health systems governance. Toolkit on monitoring health systems strengthening. World Health Organization,
http://www.who.int/healthinfo/statistics/toolkit_hss/EN_PDF_Toolkit_HSS_Governance.pdf

Ringraziamenti

La lista degli amici e colleghi di studio e di lavoro da ringraziare per avermi supportato e sopportato nella redazione di questa tesi è estremamente lunga, e a farla vivo nel timore di dimenticare colpevolmente qualcuno.

Desidero però rivolgere un ringraziamento speciale a Monica Minelli, Direttore delle Attività Sociali e Sanitarie dell'Azienda USL di Bologna, senza i cui consigli e le cui preziose indicazioni questo lavoro non sarebbe proprio stato possibile, e poi a Maria Cristina Cocchi, Cristina Malvi, Rita Tinti, Francesca Isola, Giovanna Manai e Alice Scagliarini dell'Azienda USL di Bologna, e a Anna Del Mugnaio, Responsabile dell'Ufficio di supporto della CTSS di Bologna, e a Francesco Bertoni, Massimiliano di Toro Mammarella, Giusy Annicchiarico e Maria Chiara Patuelli, dello Staff per le politiche sociali della Provincia di Bologna, per avermi guidato nell'analisi nel difficile labirinto della programmazione integrata aziendale e sociale.