

PIS VALDERA 2006-2008 – ALLEGATO B

Resoconto del percorso di confluenza nel PIS della Carta di Cittadinanza

Raccordare la pluralità: il Piano Integrato di Salute nella sperimentazione delle Società della Salute della Toscana e la Carta della Cittadinanza Sociale – un intreccio possibile.

L'esperienza della Valdera

Il 2005 ha visto nella Regione Toscana l'avvio delle sperimentazioni della Società della Salute e della costruzione dei Piani Integrati di Salute. In alcune Zone Socio-Sanitarie tale esperienza è venuta necessariamente ad intrecciarsi con un altro percorso sperimentale: quello della Carta di Cittadinanza Sociale, precedentemente avviato, sempre dalla regione Toscana. I due percorsi, che condividono riferimenti etici e visioni comuni della salute e del benessere dei cittadini, della partecipazione e del ruolo della cittadinanza attiva, profilavano interessanti punti di convergenza.

D'altra parte le sperimentazioni di nuovi modelli organizzativi e di percorsi, come quelli proposti, che mirano al coinvolgimento e alla partecipazione, all'integrazione delle strutture - tecniche e politiche, sociali e sanitarie, pubbliche

e private – se realizzate con l'intenzione di produrre trasformazioni incisive, richiedono tempi appropriati di elaborazione e metabolizzazione, e strategie di cambiamento anche culturale del sistema dei servizi e della comunità locale nel suo insieme, da proporre con estrema chiarezza e perseguire con cura.

Il sommarsi di molteplici esperienze sperimentali poteva quindi condurre al raddoppiamento di percorsi affini e quindi a una situazione sia teoricamente che pragmaticamente poco sostenibile per Zone Socio-Sanitarie di piccole dimensioni come la Valdera.

Il tentativo che abbiamo perseguito, allora, è stato quello di accogliere comunque la sfida e le sollecitazioni all'innovazione lanciate dalla Regione, elaborando una sintesi originale dei due percorsi, che da un lato ha rafforzato la componente partecipativa dell'esperienza di elaborazione del Piano Integrato di Salute (PIS) all'interno della sperimentazione della Società della Salute, e allo stesso tempo ha esteso l'ambito del progetto Carta della Cittadinanza alla dimensione di "patto per la salute".

Società della Salute, Piano Integrato di Salute e Carta della Cittadinanza: elementi di affinità

Definizioni

La **Società della Salute** è un nuovo modello *organizzativo* proposto dalla Regione Toscana, attualmente previsto anche dalla nuova legge regionale per la disciplina del servizio sanitario¹. Giuridicamente si tratta di un

¹ L.R. n.40/2005, art.65 - *Modelli sperimentali per la gestione dei servizi sanitari territoriali – Società della Salute*; Piano Sanitario Regionale 2002 – 2004, par.2.2.7 *Le Società della Salute*; Delibera C. R. n.155 – 23.09.2003: *Atto d'Indirizzo Regionale per l'avvio delle sperimentazioni della Società della Salute*.

consorzio pubblico di funzioni che in Valdera comprende i 15 Comuni della Zona socio-sanitaria² e l'Azienda UsI5; è governato da una Giunta e un Esecutivo, e diretto da un Direttore, che insieme allo Staff di Direzione e alla Segreteria Tecnica ha il compito di elaborare il Piano Integrato di Salute.

Il **Piano Integrato di Salute** è lo strumento proposto dalla Regione Toscana per la programmazione integrata dei servizi; diversamente da quanto sperimentato in altre Regioni, in Toscana il Piano Integrato di Salute sostituisce i precedenti strumenti di programmazione: ovvero il Piano Attuativo Locale – esclusa la parte di programmazione dei presidi ospedalieri – e il Piano Sociale di Zona³.

Il progetto delle Società della Salute prevede esplicitamente anche organismi di partecipazione: la Consulta del Terzo Settore e il Comitato di Partecipazione, con funzioni consultive rispetto agli atti di programmazione⁴.

Trattandosi di una sperimentazione in corso, all'interno della cornice normativa definita dall'Atto di Indirizzo Regionale, ciascuna zona sta realizzando scelte peculiari in merito ai regolamenti degli organi e ai rapporti che tra questi intercorrono, ai percorsi di costituzione degli organi consultivi, alle scelte organizzative interne e soprattutto ai

² I Comuni della Provincia di Pisa che costituiscono la zona socio-sanitaria della Valdera della Asl5 di Pisa sono Bientina, Buti, Calcinaia, Capannoli, Casciana Terme, Chianni, Crespina, Lajatico, Lari, Palaia, Peccioli, Ponsacco, Pontedera, Terricciola, Santa Maria a Monte

³ Delibera G.R. n. 682 del 12.07.2004, *Linee Guida per la realizzazione dei piani integrati di salute*, "Il PIS è uno strumento di programmazione integrata delle politiche sociali e sanitarie e della loro interconnessione con quelle relative ai settori, in primo luogo ambientali e territoriali, che abbiano comunque influenza sullo stato di salute della popolazione. (...) Il PIS a regime sostituisce il programma operativo di Zona e il Piano Sociale di Zona"

⁴ Cfr. Delibera C. R. n.155 – 23.09.2003: *Atto d'Indirizzo Regionale per l'avvio delle sperimentazioni della Società della Salute*, punto 5, Le forme di partecipazione.

percorsi che si stanno realizzando per la predisposizione del Piano Integrato di Salute.

La **Carta della Cittadinanza**⁵ è uno strumento che rende espliciti ed esigibili i diritti del cittadino in ambito sociale all'interno della sua comunità territoriale e si costruisce attraverso un percorso di partecipazione attiva e consapevole dell'intera comunità locale nelle sue diverse componenti – cittadinanza, servizi, istituzioni – che conduce alla stipula della Carta. Tale percorso è stato sperimentato in molte zone socio-sanitarie della Toscana, che, come per la sperimentazione della Società della Salute, pur mantenendosi all'interno di uno schema progettuale comune, naturalmente lo hanno articolato e connotato secondo le peculiari esigenze e storie dei propri territori.

Principi e valori di fondo

Entrambe le sperimentazioni sono sostenute da una base valoriale e di principi, che trova, anche attraverso questo tipo di esperienze la propria traduzione in termini di azione⁶:

- salute intesa in un'ottica complessa come benessere fisico, psichico e sociale⁷;
- centralità della cittadinanza come soggetto attivo, capace e portatore di risorse, protagonista e responsabile delle scelte in merito alla salute, in

⁵ Cfr. Studi Zancan, n.1-2002, *Le Carte per la cittadinanza sociale*, pp. 64-188; Fondazione Cancan e Regione Toscana, *Partecipazione e democrazia locale: le carte per la cittadinanza sociale*, ed. Regione Toscana e Art. 31 - Carta dei diritti di cittadinanza sociale L.R. n.41/2005

⁶ Cfr. L.R. n. 40/2005, Art.3 *I principi costitutivi del servizio sanitario regionale*; L.R. n. 41/2005, Capo I, *Principi generali del sistema integrato di interventi e servizi sociali*, art.1, 2, 3.

⁷ Statuto OMS, 1948; Carta di Ottawa per la promozione della salute, 1986.

quanto titolare di diritti *da negoziare su base democratica*;

- universalità, parità di accesso ai servizi e solidarietà;
- garanzia di uniformità dei livelli essenziali di assistenza sociale e sanitaria;
- sussidiarietà istituzionale e pieno coinvolgimento degli enti locali nelle politiche di promozione della salute;
- sussidiarietà orizzontale, valorizzazione, cooperazione e concertazione tra il livello istituzionale e tutte quelle formazioni sociali – volontariato, cooperazione sociale, associazionismo e altri soggetti privati che operano senza fini di lucro che contribuiscono al sistema dei servizi;
- valorizzazione delle forme associate, di coordinamento e integrazione delle politiche e dei servizi in primo luogo sociali e sanitari e poi abitative, dei trasporti, dell'educazione, dell'istruzione, della formazione professionale e del lavoro, culturali, ambientali ed urbanistiche, dello sport e del tempo libero, della ricerca, nonché di tutti gli altri interventi finalizzati al benessere della persona⁸;
- ricerca di una sempre maggior adeguatezza, appropriatezza e personalizzazione degli interventi.

⁸ La regione Toscana sta promuovendo da anni una politica di promozione delle gestioni associate dei servizi, non solo sociali e sanitari, ma anche educativi, formativi, culturali, e di altri settori della Pubblica Amministrazione; cfr. L.R. 40/2001; in Valdera l'esperienza della gestione associata dei servizi si sta radicando, non solo attraverso la delega della gestione dei servizi sociali all'Azienda Asl, ma anche attraverso la costituzione, nel 2004 dell'Ufficio Comune della Valdera, che gestisce per tutti i comuni associati i servizi educativi, la formazione, l'ISEE, i servizi

Obiettivi

L'obiettivo essenziale della Società della Salute in questa fase è garantire la salute e il benessere dei cittadini attraverso:

- o la qualità e l'appropriatezza dei servizi;
- o la riappropriazione da parte degli enti locali della funzione di governo e di programmazione dei servizi sociali e sanitari;
- o l'estensione della base partecipativa;
- o la definizione di livelli essenziali di assistenza non solo sanitaria, ma anche socio-sanitaria e socio-assistenziale.

Con la sperimentazione pertanto vengono individuate e valorizzate le funzioni **di governo e di programmazione**, rispetto alla gestione dei servizi, che rimane in carico ai soggetti che l'hanno svolta sin qui (Comuni e Asl per le rispettive competenze), e, come dicevamo il Piano Integrato di Salute diventa lo strumento operativo fondamentale per espletare tali funzioni⁹.

La Carta della Cittadinanza ha l'obiettivo di esplicitare il sistema di diritti esigibili sul territorio in ambito sociale, le forme di tutela dai cittadini, in una forma pattizia che sancisca la corresponsabilità di tutti i soggetti coinvolti nel sistema.

⁹ Cfr. Delibera G.R. n. 682 del 12.07.2004, *Linee Guida per la realizzazione dei piani integrati di salute*, "Attraverso il PIS le comunità locali governano la salute collettiva e il sistema dei servizi. (...) Il PIS costituisce la modalità di operare della zona-distretto, inteso come ambito territoriale e livello politico e gestionale, nonché come nel caso della Società della Salute, come livello integrato del sistema dei servizi"

Metodologia

Se da un lato il progetto Carta della Cittadinanza Sociale costituisce essenzialmente un'esperienza il cui interesse, oltre che nel prodotto finale risiede essenzialmente nella metodologia concertativa e partecipativa adottata, anche la sperimentazione della Società della Salute soprattutto nel percorso di elaborazione del PIS, dati i presupposti valoriali e gli obiettivi suddetti, presuppone scelte di metodo che favoriscano il più possibile la concertazione e il confronto con le varie componenti del sistema salute, che promuovano e sostengano l'esercizio della cittadinanza attiva.

Strumenti

Ne consegue che entrambi i percorsi prospettati propongono strumenti di lavoro affini sul piano

- della partecipazione e dell'integrazione: gruppi di lavoro multiprofessionali, conferenze dei servizi, percorsi di empowerment di comunità, ricerca intervento, etc
- della comunicazione: strumenti di pubblicizzazione e comunicazione differenziati e capillari rispetto ai risultati intermedi e finali di ciascuna fase del lavoro: incontri di confronto, pagine web, utilizzo dei media, pubblicazioni, opuscoli, etc.

in tutte le fasi del lavoro:

- dell'analisi: mappatura ed analisi delle risorse e dei servizi della comunità locale, profilo di comunità e di salute, immagine di salute;
- della programmazione e in particolare della definizione di livelli essenziali di assistenza;
- degli definizione degli strumenti di tutela;
- della stipula di patti e adozione di documenti;
- del monitoraggio e valutazione.

Prodotto

I prodotti conclusivi dei due percorsi, se considerati separatamente sono

- da un lato una Carta di Cittadinanza Sociale, che configura il sistema di welfare locale, con i suoi valori, con i bisogni e le risorse del territorio, i propri livelli essenziali di assistenza sociale e le forme di tutela, in una forma condivisa e corresponsabile tra tutti gli attori del sistema.
- dall'altro un Piano Integrato di Salute, che sviluppandosi anch'esso da un'analisi dei bisogni e delle risorse del territorio comprende tutta la programmazione sociale e sanitaria della Zona.

In una prospettiva di convergenza dei due percorsi diventa naturale ipotizzare un PIS che integri al suo interno i contenuti e gli apporti della Carta.

Società della Salute, Piano Integrato di Salute e Carta della Cittadinanza: differenze e criticità del percorso di integrazione

Se indubbi sono gli elementi di affinità, le due sperimentazioni differiscono per alcuni elementi fondamentali, che hanno reso l'integrazione dei processi non immediata:

1. Ambito: se il progetto Carta della Cittadinanza Sociale nasce nell'ambito sociale, l'idea della Società della Salute, pur assumendo, in ogni caso, un'idea ampia di salute, coinvolge in maniera sostanziale la dimensione sanitaria.

2. Finalità: da un lato la carta ha come fine l'esplicitazione dei diritti esigibili, la Società della Salute come abbiamo visto, ha come scopo il governo e la programmazione dei servizi stessi.

3. Strutture organizzative: le strutture organizzative messe in campo per i due percorsi sono conseguentemente sostanzialmente diverse, e vengono ad assumere un peso non comparabile:

- da un lato, nell'ambito della Società della Salute, l'organismo al quale è affidato il ruolo di programmazione è lo staff di direzione, coadiuvato dalla Segreteria Tecnica, ed è a partire da esso che, nelle varie fasi di elaborazione del PIS, si attivano gruppi di lavoro multidisciplinari permanenti o temporanei;

- dall'altro il progetto per la Carta della Cittadinanza Sociale è condotto dal Gruppo Tecnico Operativo (GTO), che presuppone una leadership e una scelta politica forte, ma che in ogni caso limita le sue funzioni alla guida di un percorso progettuale.

4. Gli esiti:

- L'esito del Piano Integrato di Salute è la sua realizzazione, la valutazione e il monitoraggio dei programmi e delle azioni in esso previste, in una prospettiva complessiva di sviluppo e consolidamento della struttura organizzativa della Società della Salute, che, pur essendo ancora oggetto di ampio dibattito in Toscana, e naturalmente condizionata dagli esiti della sperimentazione stessa, potrebbe eventualmente evolvere verso l'assunzione anche della stessa gestione dei servizi.

- L'esito della Carta della Cittadinanza Sociale è invece nella prospettiva della tutela, dell'aggiornamento e della effettualità del patto che è stato sancito.

Tali elementi determinano, come dicevamo, un impatto e una portata incomparabilmente diverse da parte delle due sperimentazioni e il conseguente rischio, soprattutto in zone

come la nostra in cui i tempi della sperimentazione dei due percorsi sono venuti quasi a coincidere, di eclissi del percorso Carta.

Di fatto la necessità di perseguire finalità diverse, anche se affini, di sviluppare funzioni diverse, ma con strumenti talvolta analoghi, con interlocutori e attori comuni conduceva quasi necessariamente a privilegiare la già complessa sperimentazione della Società della Salute e la costruzione del Piano Integrato di Salute, a scapito del Progetto Carta

Il progetto di sperimentazione della Società della Salute della Valdera: una proposta di integrazione dei percorsi

La scelta della Zona Valdera, come dicevamo, è stata quella di valorizzare gli elementi di convergenza e affinità dei due percorsi e provare ad assumere, all'interno della sperimentazione della SdS, anche il percorso Carta della Cittadinanza Sociale.

Indicando come parole chiave di tutta la sperimentazione:

-partecipazione: di tutte le componenti del sistema salute: politica, tecnica, dei servizi pubblici e privati, del sociale e del sanitario,

-integrazione: di risorse, competenze, visioni,

-comunicazione: di progetti, obiettivi e risultati,

abbiamo fatto una scelta di tipo metodologico che rispondeva tanto all'impianto generale del progetto Carta

che alle finalità della Società della Salute e del Piano Integrato di Salute.

Abbiamo quindi elaborato un impianto progettuale della sperimentazione della SdS che mettesse in parallelo, per intrecciarle

- le fasi di sviluppo del progetto Carta
- le fasi per l'elaborazione del Piano Integrato di Salute

insieme alle altre azioni previste per la costruzione della SDS (es. costruzione degli organi di partecipazione e regolamentazione) con l'obiettivo finale di un PIS che assumesse la valenza di un patto per la salute stretto da amministratori, tecnici dei servizi, enti del terzo settore e cittadini.

Il tutto su un'articolazione temporale di un anno – il 2005 – che ci permette di realizzare e verificare nel 2006 il funzionamento della struttura organizzativa e gli interventi programmati.

Fase I - dall'idea della cittadinanza sociale al diritto alla salute: definizione del sistema dei valori e elaborazione del progetto PIS

Tempi: Gennaio- Marzo 2005

La prima fase ci ha visti impegnati nell'elaborazione del progetto generale. Il primo passo è stato quello di assumere la riflessione intorno ai diritti di cittadinanza sociale entro il quadro più ampio di diritto e di promozione della salute,

intesa in un'ottica ampia come stato di benessere articolato e complesso delle persone.¹⁰

Il secondo passo ci ha visti impegnati, come dicevamo, a mettere in parallelo le fasi del progetto Carta con quelle per l'elaborazione del PIS. Entrambi i progetti infatti vedono lo sviluppo di una fase cruciale: quella dell'analisi del territorio, delle sue risorse e problematiche, che per il progetto Carta è finalizzata all'individuazione di livelli essenziali di assistenza sociale e delle rispettive forme di tutela; per il PIS è necessaria all'individuazione di problematiche prioritarie relativamente alle quali sviluppare la programmazione.

In maniera sintetica le fasi di sviluppo di entrambi i percorsi sono venute così a convergere:

Fasi	Carta	PIS
I	Carta dei Valori	Progetto per elaborazione PIS e atto d'indirizzo
II	Profilo di Comunità	Profilo e Immagine di Salute
III	Livelli essenziali e tutela	Selezione priorità
IV		Programmazione e progettazione
V	Stesura della carta della cittadinanza	Stesura del PIS

¹⁰ Carta di Ottawa per la promozione della salute, 1986 "Per promozione della salute si intende il processo che consente alla gente di esercitare un maggiore controllo sulla propria salute e di migliorarla. Per conseguire uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, l'individuo o il gruppo devono essere in grado di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, di soddisfare i propri bisogni, di modificare l'ambiente o di adattarvi. La salute vista, dunque, come risorsa di vita quotidiana, non come obiettivo di vita: un concetto positivo, che insiste sulle risorse sociali e personali, oltre che sulle capacità fisiche. Di conseguenza, la promozione della salute non è responsabilità esclusiva del settore sanitario, ma supera anche la mera proposta di modelli di vita più sani, per aspirare al benessere"

A livello di prodotti finali i due percorsi sono stati integrati ipotizzando una proposta di PIS articolato nei seguenti documenti¹¹:

- Carta dei Valori
- Profilo di salute
- Immagine di salute
- Programmazione e linee di progettazione dei servizi
- Strategie e azioni per rendere appropriata la domanda di prestazioni
- Documento di raccordo con le altre programmazioni di settore
- Carta dei servizi
 - o Mappa dei servizi
 - o Le forme di tutela, garanzia e partecipazione
 - o Gli standard qualitativi
 - o I livelli essenziali delle prestazioni programmate
- Piano di comunicazione
- Regolamentazione uniforme
- Piano utilizzo strutture
- Piano dei trasporti sociali e sanitari
- Progetti operativi d'intervento
- Accordo di programma con gli enti e le istituzioni disponibili

Secondariamente si è trattato di armonizzare le strutture tecniche incaricate di sviluppare ciascuna fase, e in particolare di ridefinire il ruolo e le funzioni del GTO già nominato e avviato per il progetto Carta.

Se infatti il GTO aveva un chiaro mandato politico relativamente al percorso della Carta della cittadinanza,

¹¹ Cfr. Delibera della Giunta della SdS della Valdera n. 5 dell'8/3/2005, *Atto d'indirizzo relativo alla formazione del Piano Integrato di Salute.*

responsabile della programmazione, e quindi del PIS, secondo l'atto d'indirizzo regionale e lo statuto della SdS Valdera, è il direttore e il suo staff.

Conseguentemente il GTO diventa, in ciascuna fase un gruppo di lavoro, che collabora insieme al direttore, alla segreteria tecnica e allo staff di direzione, all'elaborazione di quegli obiettivi del progetto carta che sono stati integrati nel PIS:

Fasi	Attività	struttura tecnica responsabile del processo	Collaborazioni
I	Carta dei Valori	Direttore e GTO	Segreteria tecnica
	Progetto per elaborazione PIS e atto d'indirizzo	Direttore	Segreteria tecnica
II	Profilo di salute	Gruppo guida, costituito opportunamente a partire dal GTO: - mantenendo la rappresentanza tecnica dei servizi e ampliandola ai settori di interesse della SdS; - riducendo la rappresentanza politica da tre a un elemento; - riducendo la rappresentanza del terzo settore da 11 a 3 elementi	Segreteria Tecnica, Osservatorio Politiche Sociali Provinciale, Agenzia Regionale di Sanità, Servizio Informativo della Asl5
	Immagine di Salute	Gruppo Guida	Gruppi tematici per Immagine di salute
	Attivazione Organi di Partecipazione: Consulta T.S. e Comitato	Giunta e Direttore	Segreteria Tecnica

III	Selezione priorità	Giunta e direttore	Staff, organi di partecipazione, sindacati, gruppi di utenti
	Livelli essenziali e tutela	GTO	Direttore , Staff e Segreteria Tecnica
IV	Programmazione e progettazione	direttore	Staff
	Stesura PIS	Direzione e Staff	Segreteria Tecnica

In questa prima fase del progetto il GTO mantiene il mandato di elaborare una carta dei valori, che sia a fondamento del progetto complessivo del sistema dei servizi assunti in carico dalla Società della Salute.

L'impianto fortemente partecipativo e consultativo della prima fase del progetto Carta viene mantenuto e allargato alle necessità di comunicazione e di confronto relativi all'avvio della sperimentazione della Società della Salute e degli obiettivi del PIS; a tale scopo, nei mesi di febbraio e marzo, sono stati realizzati una serie di incontri pubblici, nei quali oltre al documento della carta dei valori è stata contestualmente presentata la SdS e il progetto del Piano Integrato di Salute.

Tali incontri hanno assunto una particolare importanza, perché, oltre a consentire la condivisione del documento della carta dei valori, hanno aperto quel confronto necessario all'avvio della costituzione degli organi di partecipazione della SdS: la Consulta del Terzo Settore e il Comitato di Partecipazione.

Fase II: Analisi delle risorse e dei bisogni di salute della comunità locale

Tempi: Aprile-Giugno 2005

È questa la fase in cui la convergenza tra i due percorsi era maggiormente evidente.

Lo scopo della fase è stato raccogliere dati oggettivi – Profilo di Salute - e soggettivi – Immagine di Salute - relativamente allo stato di salute della Zona Valdera¹².

Con la finalità di perseguire sin dall'inizio l'obiettivo della partecipazione e dell'integrazione, la realizzazione di questa fase è stata affidata a un Gruppo Guida, costituito dalle rappresentanze di tutte le componenti del sistema salute territoriale – politica e tecnica, sociale e sanitaria, delle Amministrazioni Comunali e della Asl, dei Medici di Medicina Generale, della Provincia, del Terzo Settore, e nel quale è naturalmente confluito il GTO:

Gruppo Guida per Profilo e Immagine di Salute:

Direttore SdS
 Un rappresentante Servizio Sanitario Territoriale (già membro del GTO)
 Un rappresentante Servizio Sociale (già membro del GTO)
 Un rappresentante di ciascun Dipartimento (Prevenzione, Tossicodipendenze, Salute Mentale)
 Un medico di medicina generale
 Un rappresentante tecnico delle Amministrazioni Comunali
 Un rappresentante politico delle Amministrazioni Comunali (già membro del GTO)
 Un rappresentante della Provincia (già membro del GTO)
 Tre rappresentanti del Terzo Settore (già membri del GTO)
 Due membri della Segreteria Tecnica (già membri del GTO)

Il Gruppo Guida ha supervisionato il lavoro di elaborazione del Profilo di Salute, coadiuvando la Segreteria Tecnica nella raccolta dei dati di salute.

Il prodotto di questa fase è stato una prima stesura del **Profilo di Salute**, che seguendo le tematiche descrittive

¹² Cfr. Atto d'indirizzo regionale

tipiche del profilo delle comunità locali, ha tentato di evidenziare le specificità della zona dal punto di vista dei determinanti di salute:

Profilo di Salute

Profilo demografico
Profilo territoriale-ambientale
Contesto economico produttivo
Accessibilità e opportunità/servizi territoriali
Stili di vita
Principali cause di malattia e di morte

Il Gruppo Guida ha poi partecipato direttamente alla raccolta della percezione dei problemi di salute che è stata realizzata con una modalità ulteriormente partecipativa, attivando nove **gruppi tecnici di lavoro tematici**:

1. prima infanzia (0-3)/responsabilità familiari
2. seconda infanzia, adolescenza, e giovani
3. età adulta
4. disabili
5. anziani
6. tossicodipendenze
7. immigrazione
8. salute mentale
9. povertà ed esclusione sociale

anch'essi nuovamente costituiti con il criterio dell'integrazione di tutte le componenti del sistema:

Il Gruppo Tecnico di Lavoro Tematico:

Due rappresentanti del Servizio Sanitario Territoriale
Due rappresentante del Servizio Sociale
Un rappresentante dei Dipartimenti interessati all'area di lavoro (Prevenzione, Tossicodipendenze, Salute Mentale)
Un medico di medicina generale o un pediatra
Un rappresentante tecnico delle Amministrazioni Comunali
Un rappresentante politico delle Amministrazioni Comunali
Un rappresentante della Provincia
Un rappresentante di altre istituzioni interessate dall'area di lavoro
Due/Tre rappresentanti del Terzo Settore
Un membro della Segreteria Tecnica

Ciascun gruppo tematico aveva il compito di produrre un documento che evidenziasse:

- problematiche di salute del gruppo target esaminato e possibili soluzioni
- risorse della comunità locale utili alla risoluzione dei problemi di salute evidenziati e loro possibili sviluppi

I risultati del lavoro dei gruppi sono stati armonizzati in un unico documento di "Immagine di Salute della Valdera".

Contestualmente all'elaborazione dell'Immagine di Salute si sono costituiti, attraverso un confronto serrato, gli organi di partecipazione della Società della Salute, ovvero:

- La Consulta del terzo Settore, che raccoglie tutti gli enti del terzo settore del territorio, anche erogatori di servizi;
- Il Comitato di Partecipazione, che raccoglie gli organismi di tutela degli utenti, che non siano erogatori di servizi essi stessi;

allo scopo di consentire un'interlocuzione e una partecipazione chiara e regolamentata con tutte le formazioni sociali che contribuiscono al sistema salute¹³.

Fase III: Selezione Problemi di Salute

Tempi: Luglio-Settembre 2005

Attualmente lo stato di avanzamento della sperimentazione è giunto a questa fase.

I risultati dell'Immagine di Salute vengono di nuovo confrontati con tutte le componenti che hanno contribuito, in forma rappresentativa, a produrli:

- con lo staff di direzione, che raccoglie le componenti tecniche, sociali e sanitarie di Comuni e Asl e la Segreteria Tecnica;
- con i Medici di Medicina Generale;
- con la Consulta del Terzo Settore, che nel frattempo si è costituito come organo interlocutorio specifico;
- con il Comitato di Partecipazione;
- con le Organizzazioni Sindacali, con le quali si è definito un apposito protocollo di intesa per la concertazione del processo di elaborazione del PIS;
- con gruppi focus di cittadini utenti dei servizi.

I risultati del processo di consultazione saranno riportati in un documento di sintesi alla Giunta della SdS, che ha il compito di valutare e indicare le priorità per la programmazione.

¹³ Cfr. Statuto della Società della Salute della Valdera, art. 45 *Consulta del Terzo Settore*, e art. 46 *Comitato di Partecipazione*

Fase IV: Programmazione, progettazione, individuazione liveas e tutela

Tempi: Ottobre-Novembre

In questa fase le priorità indicate dalla Giunta della SdS vengono confrontate e armonizzate

- con le indicazioni del PISR,
- del Piano Sanitario Regionale,
- con le Programmazioni dei Singoli Enti (Pal, Peg),

per l'elaborazione dei Programmi d'Intervento del PIS, che viene affidata essenzialmente allo Staff di direzione e al direttore.

Il PIS riprende a questo punto anche l'obiettivo del Progetto Carta della Cittadinanza per la definizione, anche sommaria in attesa di una più precisa normativa nazionale e regionale in merito, di liveas sociali, da integrare nella programmazione complessiva dei servizi.

Al Gruppo Tecnico Operativo viene inoltre affidata la riflessione e l'elaborazione delle forme di tutela e collabora con la Segreteria Tecnica e lo Staff di direzione alla messa a punto di una regolamentazione uniforme dei servizi e alla stesura della carta dei servizi.

Un elemento fondamentale di interesse in questa fase è il mantenimento della metodologia partecipativa e consultativa che ha caratterizzato le fasi precedenti. Se infatti la struttura della programmazione viene impostata dallo staff di direzione, l'articolazione dei Programmi d'Intervento in Progetti Operativi, in particolare di quelli ad alta potenzialità di integrazione delle componenti sociali e sanitarie, del servizio pubblico e del terzo settore, dei comuni e della Asl viene elaborata attraverso gruppi multiprofessionali e conferenze dei servizi.

Fase V: Piano Integrato per la Salute

Tempi: Dicembre

La conclusione del processo conduce alla elaborazione del documento complessivo del Piano Integrato di Salute, da sottoporre ad un ultimo processo di consultazione ed infine da adottare e sottoscrivere come "Patto per la Salute", attraverso un apposito Accordo di programma

Elementi di interesse del percorso svolto

Sebbene la sperimentazione della costruzione del Piano Integrato di Salute non sia ancora conclusa, la realizzazione delle prime fasi permette di delineare alcuni elementi di interesse che consentono di orientare e connotare maggiormente le fasi ancora da condurre a termine.

1. La partecipazione e l'integrazione: erano obiettivi prioritari della sperimentazione. La costituzione degli Organi di Partecipazione prevista dall'atto d'indirizzo regionale rappresentava una chiara scelta strategica in questa direzione; la scelta della Valdera è stata di potenziare la funzione consultiva di tali Organi, coinvolgendoli non solo in fase di discussione e approvazione del PIS, ma sin dall'analisi delle problematiche di salute, nella consapevolezza che la vera partecipazione si costruisce integrando le visioni e le competenze in tutto il processo che conduce alla programmazione. D'altra parte la scelta di partecipazione e integrazione è stata rivolta non solo verso l'esterno – il terzo settore, la cittadinanza attiva – ma anche verso l'interno degli enti che governano, programmano e gestiscono la salute dei cittadini, e che non ricorrono frequentemente a metodologie realmente partecipative.

In questo modo in particolare la fase di costruzione dell'Immagine di Salute ha visto il coinvolgimento diretto,

effettivo, attivo e estremamente cooperativo di oltre 150 persone rappresentanti:

- del servizio sanitario territoriale: personale sanitario del distretto socio-sanitario e dei dipartimenti della salute mentale, delle dipendenze e della prevenzione;
- del servizio sociale;
- di medici di medicina generale e pediatri di libera scelta;
- della componente politica e tecnica delle amministrazioni comunali;
- dell'osservatorio provinciale per le politiche sociali;
- delle organizzazioni del terzo settore

Essendo tali persone rappresentanti dei rispettivi enti, le operazioni successive di restituzione dei documenti e di consultazione hanno coinvolto indirettamente un numero non quantificabile di persone, e solo dal Terzo Settore oltre ottanta organizzazioni che hanno richiesto di divenire membri della Consulta.

Con le Organizzazioni Sindacali, inoltre, è stato stipulato un protocollo che definisce procedure specifiche di confronto e consultazione.

Si sono inoltre aperti spazi nuovi e estremamente interessanti di comunicazione diretta e di collaborazione con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta del territorio.

Il fatto che nella fase di costruzione dell'Immagine di Salute, ciascun Gruppo Tecnico di Lavoro vedesse contemporaneamente confrontare e dare voce con pari dignità alle esperienze e visioni delle diverse professionalità, ha costituito un primo esperimento di integrazione. Il vedere ascoltato, riflettuto e confrontato il proprio punto di vista, tradotto in proposte effettive e sintetizzato in documenti di lavoro, ha dato il senso dell'efficacia di una partecipazione non formale o strumentale.

In un contesto operativo in cui, al di là delle dichiarazioni di intenti, la prassi dei servizi e delle organizzazioni è quella di costruire con fatica protocolli di intesa e rapporti stabili di comunicazione e collaborazione, l'istituzione dei gruppi di lavoro multiprofessionali è stata esplicitamente apprezzata e valorizzata da tutti partecipanti e in particolare dagli operatori e professionisti del servizio sanitario, dove probabilmente le prassi partecipative e concertative sono meno consuete che nell'ambito sociale.

Anche se i limiti di tempo e di compito hanno imposto spesso un ritmo piuttosto serrato ai lavori dei gruppi, e non sono mancate evidenti differenze di linguaggio e di sensibilità, ha prevalso il senso di cooperazione e di rispetto, che sostanzialmente ha smorzato e ridimensionato tradizionali pregiudizi, distanze e separazioni.

2. Un metodo orientato al processo e al compito:

la partecipazione e l'integrazione sono state il risultato di una metodologia di lavoro che ha utilizzato in maniera rigorosa tecniche di lavoro di gruppo, con un'attenzione costante al processo e alle dinamiche del gruppo di lavoro stesso, alla condivisione delle regole e al loro rispetto, ai principi del confronto franco e della democraticità delle decisioni; allo stesso tempo un buon orientamento al compito ha consentito di raggiungere i risultati attesi in tempi talvolta giudicati stretti, ma che hanno aiutato a mantenere alta la motivazione e la tensione alla partecipazione.

L'aver realizzato in poco più di tre mesi una prima stesura di Profilo e di Immagine di salute, se ha richiesto a tutti i partecipanti un impegno non indifferente, ci ha permesso di produrre i documenti utili al successivo confronto, non solo con i rappresentanti, ma adesso anche con i loro enti di provenienza, con gli organi consultivi, con

le organizzazioni sindacali e con i destinatari dei servizi, raccogliendo una ricchezza di pareri e opinioni sul lavoro che andiamo svolgendo utile all'individuazione delle priorità per la programmazione.

L'orientamento al compito è stato mantenuto e anche a partire da un'esigenza di fondo, che è quella a nostro avviso di non divaricare le finalità della partecipazione da quelle dell'efficacia e dell'efficienza. Un pregiudizio spesso avvertito nei confronti dei modelli partecipativi è quello degli eccessivi costi rispetto ai benefici. Crediamo che uno degli elementi positivi della nostra esperienza sia stato quello di aver mantenuto un equilibrio soddisfacente tra coinvolgimento, personale impiegato e risultati raggiunti.

3. L'immagine di Salute: la ristrettezza dei tempi con cui tale processo è stato condotto di fatto non sembra aver condizionato in maniera negativa i contenuti elaborati.

I problemi messi in evidenza, anche ad una lettura sinottica dei risultati dei diversi gruppi, appaiono spesso trasversali e richiamati in accezioni e specificazioni diverse dai diversi gruppi.

Anche i primi pareri che ci pervengono dalla consultazione sembrano confermare l'analisi svolta dai gruppi, che d'altra parte appare in sintonia con le indicazioni del PISR e del Piano Sanitario Regionale.

I principali problemi di salute emersi si riferiscono proprio alla necessità di sviluppare e incrementare quelle politiche e prassi operative che favoriscono la sinergia e la cooperazione tra i diversi servizi, e che sole consentono di intervenire su problemi complessi ed emergenti come

- l'emergenza abitativa;
- gli inserimenti lavorativi per le categorie deboli;
- l'immigrazione;
- le nuove povertà;
- le politiche per la famiglia

e gli altri problemi segnalati nell'Immagine di Salute.

Il livello di significatività e approfondimento dei dati di salute del Profilo di Salute è invece necessariamente meno coerente, in quanto la rilevazione di dati epidemiologici scientifici relativi all'incidenza dei vari determinanti sullo stato di salute delle comunità locali talvolta non è disponibile o è soltanto parzialmente avviata dagli istituti di ricerca e dagli enti preposti.

I dati statistici di cui disponiamo, infatti, sono spesso a valle e non a monte dei problemi di salute, riguardano l'ospedalizzazione e la mortalità, l'incidenza di particolari patologie (quelle più gravi, mentre mancano quasi completamente dati riferiti alle comunità locali sulle patologie per le quali non si ricorre all'ospedale), ma molto più raramente gli stili di vita, la disponibilità e l'accesso ai servizi, il tessuto sociale ed economico, e le loro correlazioni con gli stati di salute o malattia delle diverse fasce di popolazione.

D'altra parte anche questa prima esperienza ci ha consentito tracciare delle piste di approfondimento e di ricerca che saranno parte integrante della programmazione e della metodologia di lavoro dei prossimi anni, con l'idea che il Profilo di Salute sia uno strumento dinamico e in divenire a servizio della programmazione, che a regime dovrà consentire di rappresentare i bisogni in maniera evolutiva, in termini di domanda reale e potenziale.

4. La funzione di governo e di programmazione da parte degli enti locali e le gestione associata dei servizi – se questa è una delle priorità essenziali che motivano l'ideazione della SdS, ci sembra che anche queste prime fasi della sperimentazione stiano contribuendo a ricondurre sul tavolo del confronto politico questioni sostanziali che riguardano la salute dei cittadini. Il confronto sul modello sperimentale della Società della Salute, la scelta di integrare e condurre a termine il progetto Carta della

Cittadinanza Sociale, la partecipazione della componente politica al Gruppo Guida e ai Gruppi Tecnici di Lavoro l'attività ordinaria di consultazione all'interno della Giunta stanno riconducendo alle responsabilità politiche le scelte in merito alla salute e hanno consentito un approfondimento di natura politica di tematiche che talvolta rischiano di essere delegate alle componenti più tecniche delle pubbliche amministrazioni e ha aperto una dialettica collaborativa con la direzione generale dell'Azienda Sanitaria.

Il tutto in un quadro in cui si va consolidando ormai, anche grazie a queste esperienze, una logica di gestione associata dei servizi, che tende a valorizzare le specificità e le risorse originali di ciascuna amministrazione, favorendo i principi di solidarietà, razionalizzazione delle risorse ed efficacia dei servizi.

Il cammino che ci aspetta: cosa tutelare di questa esperienza

Ciò che resta da sviluppare della sperimentazione è la fase della programmazione vera e propria. Si tratta naturalmente della fase più delicata e complessa. L'esperienza realizzata sin qui ha aperto spazi di comunicazione e collaborazione, ha suscitato anche molte aspettative e attese, da parte di molti degli attori del sistema, relativamente alla possibilità di poter influire positivamente e democraticamente anche e soprattutto nella fase che ci aspetta.

D'altra parte programmare significa entrare in questioni complesse, come la gestione e distribuzione delle risorse, la scelta di ambiti prioritari d'intervento, la progettazione e l'eventuale affidamento dei servizi, che richiedono ancor più chiaramente il riconoscimento, la

valorizzazione, il rispetto e la tutela delle rispettive competenze, ruoli e funzioni.

Partecipazione e integrazione in questa prospettiva diventano per tutti la possibilità di influire e contribuire alla definizione di regole chiare e trasparenti nell'assunzione e nel rispetto delle reciproche responsabilità.

Ancora una volta quindi crediamo che la scelta del metodo diventi essenziale per garantire l'affidabilità di percorsi che verificano ipotesi di innovazione e per rendere concreta e perseguibile la sfida di coniugare efficacia, efficienza e partecipazione.

Sperimentare percorsi di integrazione e partecipazione diventa quindi una risposta alla necessità di costruire servizi sempre più appropriati ai bisogni delle persone, ma anche un esercizio prezioso di raccordo delle pluralità, di costruzione e riappropriazione di democrazia.