

Introduzione¹

I PIANI INTEGRATI DI SALUTE E LE PROSPETTIVE DEL WELFARE TOSCANO

1) Il sussidio che andiamo ad introdurre raccoglie i prodotti del percorso di ricerca-intervento del progetto “Analisi e valutazione dei Piani Integrati di Salute” affidato dalla Regione Toscana alla Scuola Sant’Anna di Pisa, e realizzato grazie alla cooperazione scientifica e operativa del Laboratorio MeS (Management e Sanità) e del Laboratorio Wiss (Welfare, innovazione, servizi e sviluppo) della stessa Scuola Sant’Anna, della Fondazione Zancan di Padova, dell’ARS (Agenzia Regionale Sanitaria) e dell’OSR (Osservatorio Regionale Sociale) entrambe della Regione Toscana, nonché dei dirigenti e operatori degli Uffici di piano delle zone-distretto e delle Società della Salute (SdS) in sperimentazione. Nel testo sono inoltre presenti contributi di membri del Comitato Scientifico – organo di indirizzo e valutazione del progetto – e di altri dirigenti regionali che completano questo composito e articolato lavoro interistituzionale durato più di tre anni.

Si tratta di un risultato importante e coerente per una Regione, come quella Toscana, che ha fatto della integrazione e della partecipazione due tra le cifre caratteristiche del modello di governo perseguito fin dalla sua costituzione. Al contempo però, esso simboleggia uno sforzo collettivo di particolare interesse metodologico, nello specifico per la definizione di criteri di rilevanza condivisi (e di strumenti conseguenti), rispetto a ciò che si deve presidiare in termini di salute e benessere nelle diverse popolazioni che vivono la Toscana e nella popolazione nel suo insieme. Nelle pagine iniziali, lì dove si

¹ A cura del Comitato Scientifico.

narra il cammino che ha portato alla costruzione del pacchetto degli indicatori (set minimo e complementare) per il profilo di salute (PdS) e dello schema (format) per la valutazione dei piani integrati di salute (PIS), si dà conto della forte eterogeneità metodologica da cui si è partiti, ricchezza per l'appunto patrimonializzata, a favore di tutto il sistema regionale, durante il percorso di ricerca-intervento.

Il titolo vuole esprimere la funzione che il volume è chiamato a svolgere. Offrire agli attori coinvolti nella programmazione integrata, in primis a livello territoriale, strumenti e metodologie condivise per una efficace realizzazione della stessa. Già il fatto che indicatori e criteri di valutazione per-della programmazione siano comuni significa, per l'insieme del sistema sociosanitario toscano e per ogni sua componente (zone-distretto e Società della Salute in particolare), avere a disposizione una risorsa fondamentale nel perseguimento dei suoi risultati. Essi infatti, grazie a questo, divengono misurabili e comparabili, all'interno del sistema stesso e per ogni sua componente, in forma sincronica (benchmark) e diacronica (trend).

Sempre a livello territoriale, il fatto che operatori provenienti da culture di servizio diverse, quali in genere sono quelle socio-assistenziali e quelle sanitarie, si trovino ad usare una "strumentazione" comune per rappresentare la realtà di bisogno a cui debbono dare risposte eque, appropriate e personalizzate, è al contempo una sfida e una opportunità per gli stessi attori coinvolti. Il difficile superamento delle asimmetrie tra sociale e sanitario – e ancor di più con le politiche del lavoro, educative e formative, ambientali, abitative, ecc. –, come dimostra la storia del welfare italiano – e non solo –, riguarda dimensioni giuridiche, organizzative, istituzionali, epistemologiche, ideologiche, operative, sedimentate nel tempo e nelle tradizioni amministrative regionali e locali.

Normalmente, nelle diverse programmazioni regionali, tra cui anche quella toscana, si parla di integrazione istituzionale, gestionale, comunitaria e operativa per indicare le linee di policy "integrativa" che si voglio perseguire. Meno evidente è la sottolineatura che esse possono essere efficaci solo se si assume anche una prospettiva – tra-

sversale – di integrazione culturale, alla cui base vi sono appunto rilevanze condivise, cioè grammatiche e alfabeti fatti di indicatori e criteri di valutazione, condizione imprescindibile per ogni altra.

Usare questi strumenti significa perseguire un obiettivo che necessariamente si scontra con la autoreferenzialità dei (sotto) sistemi a cui si appartiene. Da qui la sfida, non indifferente e certamente di grande valore politico, che si fa opportunità per l'adeguamento di un modo di produrre servizi basato sulle evidenze disponibili e condivise, caratterizzato dalla esplicita volontà di promuovere e tutelare i diritti dei cittadini, orientato ad un approccio sperimentale, per l'appunto di valutazione costante dei risultati di salute-benessere e di conseguente ri-orientamento. Evidenze, diritti e sperimentali da considerare, a loro volta, campi di ricerca, ovvero non dati acquisiti ma risorse-problemi da affrontare e interrogare nel mentre li si usa per la realizzazione delle politiche.

2) In questo senso, anche i set di indicatori e il format per la valutazione sono “sperimentali”, cioè da verificare in modo sistematico rispetto alle funzioni che devono svolgere. Sarà questo un compito da considerare, a partire dagli stessi operatori territoriali che li utilizzeranno nelle loro programmazioni locali, come elemento ordinario del ciclo programmatico. Il percorso fatto per definirli dà oggi sufficienti garanzie sulla loro appropriatezza, ma non c'è dubbio che possano, almeno in parte, risultare successivamente inadeguati o superflui o sostituibili da altri ancora più appropriati. Il Comitato scientifico più volte si è interrogato sulla necessità di un follow up a cadenza periodica. In altri termini, si auspica che i tecnici impegnati nella programmazione facciano progressivamente emergere “ciò che non va e ciò che si potrebbe fare meglio”, non come evento straordinario ma come fatto ordinario coerente con il compito da essi svolto e come ricchezza con cui alimentare tutto il sistema regionale, sociale, sanitario e sociosanitario.

3) L'avvio della nuova legislazione regionale, la cui recente eredità in tema di welfare è quanto mai significativa – fondo per la

non autosufficienza, riforma sanitaria, legislazione sulle migrazioni, sperimentazione dei livelli di cittadinanza sociale e delle Società della Salute, solo per citare quanto è più vicino ai temi trattati da questo sussidio – comporrà uno sforzo non indifferente di implementazione delle disposizioni stabilite nello scorso quinquennio. Punto chiave e unificante è la programmazione, in quanto funzione politica e pratica tecnica, quindi insieme di saperi, competenze, metodi, strumenti, scelte.

La Regione Toscana, al riguardo, può essere considerata un modello nel panorama nazionale, sia in generale (la struttura e le interconnessioni tra le diverse programmazioni regionali, locali e le loro interdipendenze), che nello specifico sociosanitario integrato. La recente riforma sanitaria regionale ha ulteriormente definito una architettura che, riprendendo e “stabilizzando” quanto maturato nel corso di un decennio e più, necessiterà una intensa appropriazione tecnica da parte di tutti gli attori interessati: dagli organi politici e tecnici delle Società della Salute, agli Ee.LL. e Aziende Sanitarie, alle forme di cittadinanza organizzata, in particolare le OO.SS., agli attori del Terzo Settore, agli stessi uffici e alle articolazioni regionali chiamati/e a supportare questo cammino.

Insieme ad un conseguente investimento formativo sarà altrettanto indispensabile l’investimento nell’armonizzazione dei sistemi di monitoraggio e valutazione di tutto ciò che influisce su, e confluisce ne, i PIS, nonché nella proceduralizzazione tecnico-giuridica del processo programmatico, tenuto conto di una certa variabilità che emerge nelle disposizioni statutarie delle SdS, innovate a seguito della sperimentazione o di nuova costituzione.

4) La lettura attenta del sussidio mette in evidenza lo sforzo di confermare “la visione ampia” della programmazione integrata, dalla integrazione sociosanitaria alle politiche che direttamente o indirettamente producono salute e benessere. La prospettiva dei determinanti sociali di salute e della necessità di pensare prassi e contenuti di politiche conseguenti, è qui ben presente. Al contempo però, non

si può nascondere che il compito, al di là delle dichiarazioni di principio e dei progressi realizzati, sia tutt'altro che compiuto. Passare da un Piano Integrato di Salute che interviene fattivamente sui servizi sociali e sanitari – cosa già di per sé non scontata – ad uno che definisce alcuni criteri con cui costruire, ad esempio, il piano regolatore di una città – ovviamente per quanto riguarda salute e benessere ... non poco per la verità ... – è ancora, per molte zone, una sfida. Con molta probabilità, così come è stato per l'esperienza toscana delle Società della Salute, essa sarà affrontata e vinta lì dove come e quando si dimostrerà che essa è possibile e concretizzabile in più contesti contemporaneamente. Questo è un auspicio, oltre che una prospettiva, che il Comitato Scientifico ritiene di dover richiamare, convinto che esso sia parte integrante del mandato ricevuto dalla Regione Toscana nell'indirizzare e valutare il progetto sintetizzato nei materiali raccolti. Al contempo, però, esso sarà perseguibile se l'integrazione tra le programmazioni regionali – ambiente, formazione e istruzione, lavoro, territorio, ecc. – potrà fornire un riferimento sempre più cogente nel creare coerenza tra le programmazioni stesse ma anche tra i diversi livelli di programmazione (coerenza verticale e orizzontale).

5) *Insieme a questi obiettivi, per così dire di prospettiva, ve ne sono altri apparentemente più prossimi, da tenere in conto. Il set di indicatori elaborati permette infatti di pensare una programmazione capace di orientare la definizione delle priorità di azione e quindi anche degli indirizzi di riconversione-ristrutturazione del sistema di offerta di un territorio. La proposta di un loro utilizzo secondo il modello “grappolo”, cioè per problematiche, è stata immaginata anche per questo.*

Se stabilire delle priorità è funzione propria di ogni programmazione degna di questo nome, è altresì vero che in una fase come l'attuale, in cui la forbice tra capacità di risposta, crescita dei bisogni ed evoluzione della domanda si sta sempre più allargando, tale compito è “il compito”. In altri termini, la programmazione è tale se permette di governare la domanda e l'offerta in modo integrato e coerente rispetto a obiettivi dichiarati.

Il dibattito internazionale e nazionale sulle politiche pubbliche

indica sostanzialmente due strade: ridurre la spesa pubblica, generando così la ricerca di nuove soluzioni, o riqualificarla dentro un disegno trasparente, verificabile, coerente con valori e metodi quali quelli impressi nella Costituzione repubblicana (e nello Statuto della Regione Toscana). Questa seconda strada, se considerata seriamente, non è però meno complicata della prima, anzi. L'esperienza di riorganizzazione del sistema sanitario toscano sviluppatasi nel corso degli ultimi 10 anni ne è una dimostrazione molto concreta. Così come lo è l'evoluzione del sistema socio-assistenziale.

La questione diventa quella di consolidare, in modo virtuoso, nell'integrazione sociosanitaria, questo doppio patrimonio istituzionale e culturale, ovvero di evitare che i risultati assolutamente significativi raggiunti da entrambe, in una fase delicata come quella che abbiamo di fronte, non si trasformino in uno scaricamento reciproco e simmetrico dei nuovi problemi. Anche in questo caso, a differenza di quanto normalmente si crede, la dimensione territoriale risulta strategica. Perché nei territori si possono ottimizzare meglio le risorse disponibili, e perché si possono comprendere meglio le priorità. Ciò comporta però una profonda e coerente sinergia con il governo regionale del sistema e un rafforzamento – qualificazione delle competenze esistenti.

6) Al riguardo, particolare attenzione dovrà essere posta nel valorizzare, attraverso gli Osservatori sociali provinciali, il patrimonio di informazioni-evidenze presente nei diversi punti – attori, enti, organismi, ecc. – del sistema di offerta.

Pensiamo, ad esempio, alle banche dati dei patronati dei lavoratori, o dei centri di assistenza fiscale. Al di là delle esigenze di privacy e di utilizzo amministrativo, essi rappresentano un giacimento informativo fondamentale per conoscere i bisogni assistenziali della popolazione di un territorio, delle condizioni familiari, lavorative e economiche di chi si rivolge ad essi. Oggi questi servizi sono veri e propri sportelli di assistenza giuridico-amministrativa rivolti a tutta la cittadinanza, non più solo ai lavoratori e per pratiche previdenziali

e infortunistiche. Pensiamo alla certificazione Isee, o la regolarizzazione del permesso di soggiorno per gli immigrati, i contratti per le collaboratrici e assistenti familiari (badanti), le richieste di sussidi per le condizioni di invalidità e disabilità, ecc. Si tratta di attori, peraltro, spesso già convenzionati con gli enti locali e a volte anche con le Asl per il disbrigo di queste pratiche. Insieme, ed è solo un altro esempio, pensiamo agli Osservatori diocesani delle povertà che dispongono di informazioni importanti da mettere a sistema, per perseguire efficacemente una azione di contrasto e di prevenzione della povertà, e quindi di salute. A questi esempi se ne possono ovviamente aggiungere molti altri, anche uscendo dagli ambienti classici della programmazione sociosanitaria.

In altri termini, per definizione il territorio è potenzialmente ricco di informazioni in alcuni casi, anche qualificate e validate. Il problema è che questo patrimonio rimane o "segregato" nei percorsi informativi per cui è stato pensato o addirittura prodotto ma non utilizzato nelle sedi di programmazione. La risorsa Osservatori provinciali quindi merita di essere valorizzata e finalizzata sia per supportare le diverse zone-distretto/Società della Salute presenti nel territorio provinciale per la realizzazione dei Profili di Salute, che per far emergere la ricchezza informativa presente affinché la partecipazione sia efficace.