

Il Piano sociale e sanitario della Regione Emilia-Romagna 2008-2010

Il 1° Piano sociale e sanitario della Regione Emilia-Romagna è stato approvato dalla Assemblea legislativa il 22 maggio 2008 (delibera 175). È stato elaborato congiuntamente dagli Assessorati politiche per la salute e politiche sociali, posto al confronto della Cabina di regia per il welfare (luogo di concertazione tra Regione ed Enti locali), discusso e condiviso con le rappresentanze istituzionali e della società regionale in molte iniziative organizzate nei diversi territori.

“Sappiamo che occorre un nuovo progetto: che porti a sintesi quel che la società moderna tende a dividere; che riproduca quella coesione sociale che non si rigenera più secondo percorsi informali o spontanei; che affermi nuove sicurezze, di fronte all’evidente spiazzamento economico e culturale che molti soffrono rispetto al cambiamento che incalza. Da qui nasce l’idea di un patto da proporre alla società regionale, un patto per la qualità dei servizi, per sostenere le famiglie, per rafforzare fiducia e sicurezza”, ha scritto il presidente della Regione Vasco Errani nella presentazione del Piano.

“È il primo Piano frutto di una progettazione comune e di uno stretto confronto con le parti sociali e gli Enti locali che, a partire da una rilettura dei bisogni delle persone e delle comunità, ha messo in campo una forte innovazione nelle politiche e nei servizi basata sull’integrazione, fin dal momento della programmazione, di tutti i soggetti coinvolti nello sviluppo del welfare: Regione, Enti locali, terzo settore, forze sociali”, ha commentato l’assessore alle politiche per la salute Giovanni Bissoni al momento dell’approvazione del Piano in Assemblea legislativa.

“Il Piano rappresenta un risultato importante per tutto il sistema di welfare della regione, ora spetta ai territori darne completa attuazione affinché il programma si trasformi in interventi e in servizi a sostegno di tutti i cittadini”, ha aggiunto nella stessa occasione l’assessora alle politiche sociali Annamaria Dapporto.

Il 2008 è l’anno “di rodaggio” per l’applicazione del Piano, in particolare rispetto al sistema di governance da mettere in campo per garantire l’effettiva integrazione delle politiche, dei servizi, degli operatori. Specifiche linee guida saranno approvate per assicurare elementi comuni ai diversi percorsi programmatori, e in particolare per assicurare la partecipazione del terzo settore a tutti i livelli della programmazione.

Gli indirizzi generali per lo sviluppo delle politiche dovranno essere indicati nell’Atto di indirizzo elaborato dalla Conferenza territoriale sociale e sanitaria. Le scelte strategiche saranno adottate nel Piano di zona distrettuale per la salute e il benessere sociale elaborato dal Comitato di Distretto ed esplicitate nel Piano triennale 2009-2011 e nel 1° Programma attuativo 2009. Le Conferenze, preliminarmente, dovranno provvedere alla elaborazione e condivisione del “Profilo di comunità” (lettura partecipata dei bisogni di salute e di benessere della popolazione, strumento di supporto per l’individuazione delle priorità e delle criticità).

Dovrà essere completata la struttura organizzativa degli Uffici di Piano e la funzionalità degli Uffici di supporto alle Conferenze territoriali sociali e sanitarie per rendere efficace non solo il processo di programmazione ma anche la sua attuazione e monitoraggio.

Di seguito una scheda di sintesi del Piano.

Un nuovo welfare di comunità per una società che cambia

Il Piano sociale e sanitario 2008 - 2010 porta a compimento un sistema integrato di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari per la realizzazione di un nuovo welfare universalistico, equo, radicato nelle comunità locali e nella regione. Un processo avviato con le leggi regionali n. 2 del 2003 (legge quadro sui servizi sociali) e n. 29 del 2004 (legge di riorganizzazione del Servizio sanitario regionale).

I mutamenti intervenuti nel quadro demografico e socioeconomico - invecchiamento della popolazione, aumento delle persone immigrate, contrazione e parallelo aumento dei nuclei familiari con esigua rete parentale, aumento delle forme di lavoro meno stabili e delle contraddizioni tra generazioni su lavoro e futuro - richiedono un significativo cambiamento delle politiche poiché i bisogni "della società che cambia", sempre più articolati e complessi, non consentono risposte settoriali, alla malattia o al disagio sociale ad esempio, ma richiedono risposte unitarie che considerino la persona nella sua globalità, anche di relazione, che sappiano garantire assistenza senza soluzione di continuità.

L'obiettivo è lo sviluppo di una società solidale, in cui i diritti siano esigibili, in cui sia rafforzata quella coesione sociale che da sempre caratterizza la comunità regionale e che rappresenta un alto fattore di crescita e dunque di competitività.

Il Piano non rappresenta però una semplice giustapposizione delle linee di programmazione, ma una trasformazione di ottica e il riconoscimento della necessità di declinare assieme le problematiche della sanità e del sociale per fare del welfare una parte sostanziale e positiva del cambiamento in atto.

L'integrazione: una necessità per il nuovo welfare

Garantire risposte personalizzate, e nel contempo garantire equità d'accesso nei vari territori, è possibile in una logica di integrazione a tutti i livelli. Essa permette infatti lo sviluppo di reti assistenziali a cui partecipano servizi diversi e, al tempo stesso, permette di coinvolgere, valorizzando le singole autonomie, tutti i soggetti - Regione, Enti locali, Aziende sanitarie, terzo settore, privato profit, forze sociali - che a vario titolo sono chiamati a svolgere un ruolo per l'affermazione dei diritti di cittadinanza, contributo fondamentale per lo sviluppo di una società più coesa, civile e dinamica.

Per questo, il Piano sviluppa l'integrazione a livello della programmazione e della valutazione, dell'organizzazione e dell'erogazione dei servizi sociali, sanitari e socio-sanitari, definendo ruoli e responsabilità dei soggetti coinvolti.

L'integrazione: istituzionale, tra servizi, tra operatori

L'assetto istituzionale attraverso il quale la Regione e gli Enti locali hanno organizzato la funzione di governo del sistema pubblico di welfare regionale e locale si consolida attorno a due direttrici: il ruolo della Regione nel governo del Servizio sanitario, il ruolo degli Enti locali nel governo dei servizi sociali, esercitati entrambi in una logica di collaborazione e integrazione.

L'integrazione si sviluppa nella Conferenza territoriale sociale e sanitaria e nel Comitato di Distretto (organi di raccordo tra Enti locali e Aziende sanitarie per il governo, a livello locale, di funzioni e servizi sanitari e socio-sanitari), in forme associative tra Enti locali (per il governo e l'erogazione dei servizi sociali), in accordi gestionali tra Comuni e Aziende Usi (per la costituzione di nuovi Uffici di piano a supporto della programmazione ed erogazione di servizi in ambito distrettuale) e nella "cabina di regia", istituita a livello regionale quale luogo di definizione e di concertazione delle politiche sociali e sanitarie (vi partecipano gli assessori regionali alle politiche per la salute e alle politiche sociali, i sindaci, i presidenti delle Conferenze territoriali sociali e sanitarie). L'integrazione istituzionale si sviluppa inoltre con l'Università, essenziale per quanto riguarda la ricerca, la formazione e l'innovazione nei servizi, attraverso la Conferenza Regione-Università.

Il modello organizzativo del nuovo welfare, in continuità con quello già adottato con il 3° Piano sanitario regionale, è costituito da reti integrate di servizi: tra servizi ospedalieri, tra servizi ospedalieri, servizi sanitari, servizi socio-sanitari e servizi sociali del territorio.

L'ambito distrettuale diventa la sede elettiva della integrazione: del Comitato di Distretto e del direttore di Distretto (con il supporto dei nuovi Uffici di piano nel governo e nella programmazione dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali a livello distrettuale); dei medici di famiglia (con i Nuclei di cure primarie), dei servizi sanitari e sociali territoriali e di questi con i servizi ospedalieri; della elaborazione del piano e dell'utilizzo del Fondo per la non autosufficienza; delle Aziende pubbliche di servizi alla persona (nate dalla trasformazione delle ex Ipad); dei rapporti con soggetti privati profit e no profit nell'erogazione di servizi sociali e socio-sanitari residenziali e domiciliari, dei rapporti con il volontariato e l'associazionismo.

Gli strumenti della programmazione integrata

Con il Piano sono portati a sintesi unitaria gli strumenti di programmazione sperimentati negli ultimi anni: Piani per la salute, Piani di zona, Programmi delle attività territoriali, Piano di azione per gli anziani, Programma per l'integrazione dei cittadini stranieri.

L'integrazione avviene a livello regionale, provinciale e distrettuale con il coinvolgimento, nel rispetto delle relative competenze, di tutti i soggetti (Regione, Enti locali, strutture pubbliche, private profit e non profit, associazioni, volontariato, forze sociali), coinvolti nel sistema di welfare. A livello regionale vengono definiti il programma annuale del riparto del Fondo sociale regionale e del Fondo regionale per la non autosufficienza, il Piano regionale per la prevenzione, le linee di programmazione del Servizio sanitario.

Le Conferenze territoriali sociali e sanitarie elaborano e condividono il Profilo di comunità, una lettura ragionata e partecipata dei bisogni di salute e benessere della popolazione di riferimento che consente l'individuazione delle criticità, delle priorità e delle scelte strategiche che sono poi esplicitate nell'"Atto di indirizzo triennale".

Il Comitato di Distretto (assieme al direttore di Distretto per gli interventi di integrazione socio-sanitaria), in coerenza con l'Atto di indirizzo, approva il Piano di zona distrettuale per la salute e il benessere sociale triennale, articolato poi in Programmi attuativi annuali.

Il Fondo regionale per la non autosufficienza

In Emilia-Romagna, le persone con più di 65 anni sono 968.208 (al 31.12.2007), quasi un quarto della popolazione. Di particolare rilievo sono "i grandi vecchi", la popolazione con più di 80 anni (291.829 in totale) dove si concentrano maggiori problemi di autosufficienza e bisogni assistenziali più forti.

Il Fondo per la non autosufficienza, tuttavia, trascende i confini della età anziana per comprendere anche gravi disabilità cronicizzate o progressivamente degenerative e dunque tali da richiedere trattamenti di lungo periodo particolarmente complessi e assai onerosi.

Il Fondo è gestito a livello distrettuale, la sua alimentazione è demandata anche ad un maggiore e mirato prelievo fiscale ed è pertanto indispensabile che sia capace di produrre una maggiore equità nello sviluppo della rete dei servizi e migliori condizioni di eguaglianza assistenziale con omogenee opportunità di accesso, qualità nei trattamenti, equa contribuzione a carico dei cittadini. È finalizzato a potenziare la rete dei servizi (in particolare la domiciliarietà), a contenere la compartecipazione delle persone alle "spese alberghiere" delle residenze (in relazione alla capacità di reddito), a riconoscere le forme di autorganizzazione delle famiglie con un'attenzione specifica alle assistenti domiciliari straniere (con formazione ad hoc) e alla promozione di forme innovative di assistenza.

Le Aziende pubbliche di servizi alla persona (Asp)

La legge regionale 2/2003 ha normato la trasformazione delle Ipab in Aziende pubbliche di servizi alla persona (Asp): nuovi soggetti pubblici, costituiti dai Comuni associati in ambito distrettuale o sub-distrettuale, produttori ed erogatori di servizi socio-sanitari e sociali per le persone in ogni fascia di età. L'Asp permette una gestione unitaria e una qualificazione dei servizi grazie al superamento della frammentarietà degli interventi e allo sviluppo dell'integrazione con gli altri soggetti e servizi che costituiscono il welfare di comunità.

L'innovazione

Il processo di innovazione non riguarda solo le politiche e la programmazione per dare risposte globali a bisogni complessi (con il nuovo assetto di "governance" territoriale), riguarda anche la capacità di introdurre quelle innovazioni tecnologiche e biomediche che la ricerca mette a disposizione dei servizi sanitari e quelle innovazioni organizzative e professionali che sono richieste dai bisogni in evoluzione delle persone e delle famiglie e dai cambiamenti demografici e socio-economici in corso.

La medicina rigenerativa, l'oncologia, le neuroscienze, la diagnostica avanzata sono i campi di intervento congiunto Università-Servizio sanitario regionale che si sviluppa prioritariamente nelle 4 Aziende Ospedaliero-Universitarie. Destinato a tutte le Aziende sanitarie invece è il Programma di ricerca e innovazione dell'Emilia-Romagna (PRI-ER) che si occupa della valutazione d'impatto di specifici interventi e tecnologie, a partire da quelli in ambito cardiovascolare e oncologico.

Una attenzione specifica è dedicata anche alle medicine non convenzionali: un Osservatorio regionale ha il compito di promuovere progetti di ricerca per verificare le possibilità di integrazione nei processi assistenziali dell'agopuntura, dell'omeopatia e della fitoterapia.

In campo sociale e socio-sanitario l'innovazione riguarda l'organizzazione dei servizi che deve essere volta ad assicurare un ruolo centrale alla persona ed alla sua famiglia nella definizione dei progetti di sostegno rispondendo a bisogni complessi e "multidimensionali", il conseguente sviluppo delle professionalità e la collaborazione tra professionalità diverse (con specifiche iniziative di formazione), la qualificazione del sistema dell'accesso (con sistemi informativi integrati), ma anche la costruzione del sistema di rapporti con i fornitori di servizi basato sull'accreditamento.

La stessa costituzione delle Aziende pubbliche di servizi alla persona concorre a sostenere questo disegno chiarendo il ruolo della componente pubblica nella realizzazione dei servizi sociali e socio-sanitari. In questa prospettiva un elemento decisivo di innovazione, avviato con le esperienze dei Piani di zona, riguarda la valorizzazione delle risorse attive della realtà sociale e del terzo settore, il loro coinvolgimento nella pianificazione, attuazione e monitoraggio degli interventi.

La comunicazione e la partecipazione

Per orientare i cittadini e le cittadine all'accesso dei servizi del nuovo welfare e per rendere effettiva la loro possibilità di determinare in modo attivo i percorsi di sostegno che li riguardano, il Piano prevede l'integrazione, a livello locale, tra i punti informativi e di accesso ai servizi, con una particolare attenzione alle fasce "più deboli" (anziani, immigrati, persone con "disagio" economico e sociale): gli Sportelli sociali, gli Sportelli unici distrettuali, gli Uffici relazioni con il pubblico devono dunque essere tra loro comunicanti.

Più in generale, oltre a facilitare l'uso appropriato dei servizi, la strategia proposta dal Piano è centrata sullo sviluppo di un sistema di comunicazione regionale e locale per: rafforzare la capacità delle persone di effettuare scelte consapevoli rispetto alla salute e di orientare i propri comportamenti (ad esempio nelle scelte alimentari, nelle vaccinazioni, negli screening, nella gestione di emergenze); utilizzare il parere delle persone nella valutazione dei servizi per garantire adeguati processi di miglioramento; e, infine, per valorizzare la partecipazione delle comunità nelle scelte per la salute e nella programmazione sociale e sanitaria. La costruzione di una partnership tra cittadini, cittadine e servizi è una delle leve fondamentali per migliorare la salute e la qualità della vita e per offrire un'assistenza sanitaria e sociale di tipo universalistico, fedele ai principi d'equità, accessibilità ed efficacia.

L'area sanitaria

Il Servizio sanitario nazionale, fondato con la legge n. 833 del 1978, confermato nei suoi principi di universalità di accesso, globalità di copertura, finanziamento attraverso la fiscalità generale dalla legislazione nazionale e regionale, rappresenta una delle più grandi conquiste e uno dei fattori fondamentali della coesione sociale del Paese.

La politica sanitaria della Regione, sviluppata dal 3° Piano sanitario e organizzata con la legge 29 del 2004, ha avuto l'obiettivo di realizzare un sistema che sapesse essere al tempo stesso universale nelle garanzie e locale nella capacità di soddisfare le aspettative dei singoli e delle comunità.

Questo ha comportato una integrazione della programmazione regionale e delle Aziende sanitarie con le funzioni di governo degli Enti locali riguardo ai servizi sanitari e socio-sanitari (Conferenze territoriali sociali e sanitarie, Comitato di Distretto), la necessità di una maggiore partecipazione degli operatori alle strategie aziendali e alla organizzazione dei servizi (Collegio di direzione), la responsabilizzazione degli operatori attraverso l'adozione di modalità di lavoro finalizzate al miglioramento della pratica professionale e al corretto uso delle risorse a disposizione della diagnosi e delle terapie (governo clinico), la progressiva integrazione delle innovazioni tecnologiche (programma Regione-Università, PRI-ER), la formazione dei professionisti (Educazione continua in medicina), la partecipazione dei cittadini e delle loro forme organizzate (Piani di zona distrettuale per la salute e il benessere sociale).

Il Piano sociale e sanitario 2008-2010 conferma e rilancia il nuovo ruolo del Distretto quale punto di programmazione dei servizi per la popolazione di riferimento, di erogazione dell'assistenza primaria e quale luogo appropriato per l'integrazione tra soggetti e servizi sanitari, socio-sanitari e sociali, gestiti dal pubblico (Aziende Usl, Asp, Comuni) o dal privato sociale profit e no profit. In questo quadro, di fondamentale importanza il ruolo dei medici di famiglia la cui attività deve avvenire in forme associate (i Nuclei di cure primarie) in modo da garantire maggiore accessibilità con ampliamento degli orari di apertura degli ambulatori e continuità delle cure attraverso la rete con gli altri servizi.

Per l'assistenza ospedaliera, viene confermato il modello delle reti integrate di servizi Hub & Spoke: ospedali di alta specializzazione (Hub) collegati agli ospedali del territorio (Spoke) per trattare casi complessi che richiedono alte tecnologie e professionalità. Dopo la genetica medica, i grandi traumi, la cardiologia e la cardiocirurgia, il sistema dell'emergenza-urgenza, i trapianti, il sistema trasfusionale (per citarne alcune), il Piano prevede prioritariamente lo sviluppo della rete oncologica regionale.

Per la promozione della salute e la prevenzione delle malattie l'approccio prevede la partecipazione di diversi soggetti (Piano regionale della prevenzione), la necessità di sviluppare le competenze professionali e una partecipazione più organica dei Dipartimenti di sanità pubblica delle Aziende Usl al tema generale della sanità pubblica sviluppando una azione più unitaria con gli altri servizi sanitari. Lo sviluppo dei Dipartimenti di salute mentale e dipendenze patologiche riguarda tutte le aree che contribuiscono alla salute mentale della popolazione in tutte le età: promozione della salute mentale, prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione del disagio psichico, del disturbo mentale e delle dipendenze patologiche nell'intero arco della vita. Leve strategiche sono la formazione degli operatori, la ricerca e l'innovazione anche attraverso il potenziamento del collegamento con l'Università, l'integrazione dei soggetti del terzo settore nella erogazione dei servizi.

L'area sociale

In Emilia-Romagna la diffusa e funzionale rete di servizi pubblici e privati, il ricco tessuto sindacale, della cooperazione, del volontariato laico e religioso, alimentano un capitale sociale che rappresenta una grande risorsa contro i rischi della emarginazione e della solitudine, ma i mutamenti che si sono verificati nell'ultimo trentennio sono stati contraddistinti da un ritmo e una profondità mai sperimentati prima.

L'Emilia-Romagna è una regione indubbiamente più ricca rispetto al passato, il benessere è diffuso, ma sono potenzialmente in aumento le disuguaglianze e i rischi di vulnerabilità e di esclusione sociale per fasce di popolazione. Di qui, lo sviluppo di questa area del Piano sociale e sanitario, a partire dalle indicazioni della legge regionale n. 2 del 2003.

Le politiche regionali negli anni recenti hanno investito sull'obiettivo di far nascere sistemi di welfare locali centrati sulla lettura dei bisogni e della programmazione in forma associata e concertata (i Piani di zona). Tale obiettivo si coniuga con la valorizzazione del ruolo della Regione come ente di programmazione, di regolazione e di indirizzo, degli Enti locali quali enti di programmazione, di progettazione ed erogazione dei servizi, dell'associazionismo e del volontariato quali soggetti partecipi all'erogazione dei servizi.

Le politiche e i servizi, integrati con quelli sanitari e sociosanitari, sono rivolti in particolare all'infanzia, ai giovani, alle famiglie, agli anziani, alle persone con disabilità, alle persone che vivono in situazioni di disagio sociale o economico, e perseguono obiettivi generali di benessere sociale. In particolare: contrasto della povertà e del rischio di esclusione sociale, sostegno all'inserimento sociale e lavorativo delle persone e delle famiglie immigrate, supporti alle famiglie, promozione dell'agio e del protagonismo dei bambini e dei giovani, riqualificazione del sistema di accoglienza dei minori accolti in affido o in comunità, sostegno alla non autosufficienza, alla domiciliarità, alle responsabilità familiari di cura con particolare riferimento al ruolo delle donne, al potenziamento dei servizi educativi e per favorire l'inclusione sociale e l'autonomia delle persone con disabilità.

Il sistema dei servizi è universalistico, finanziato dai Fondi sociali nazionale e regionale gestiti dai Comuni; prevede una graduazione degli accessi per indirizzare le risorse e i servizi verso le situazioni caratterizzate da maggiore fragilità sociale e da bisogni di maggiore intensità perseguendo equità nell'accesso (a pari bisogni e condizioni, pari servizi) ed equità nella compartecipazione alla spesa (applicazione dell'ISEE, strumento per valutare la situazione economica della famiglia: reddito, situazione patrimoniale, numerosità del nucleo familiare).

Nel corso del triennio di applicazione del Piano saranno sperimentati "titoli per la fruizione di servizi", vale a dire titoli, in alternativa all'assegno di cura, assegnati sulla base di specifici requisiti per l'accesso ai servizi, a partire da quelli di assistenza domiciliare, una volta accreditati. "Carte dei servizi sociali" saranno realizzate e diffuse a livello di Comuni associati al fine di mettere in luce le procedure di accesso e gli standard di qualità. Per l'accesso al sistema dei servizi, ciascuna zona (l'ambito territoriale, distrettuale, in cui si realizza il Piano di zona distrettuale per la salute e il benessere sociale) si dovrà dotare di una funzione di "Sportello sociale" costituito da più punti per informare e orientare sui servizi e sulle procedure di accesso, con iniziative dedicate alla facilitazione dell'accesso alle persone in condizione di maggiore fragilità, a partire dalla popolazione immigrata e dagli anziani.

I soggetti e gli strumenti della programmazione

